DE
LA COLITE
MUCO-MEMBRANEUSE

DE

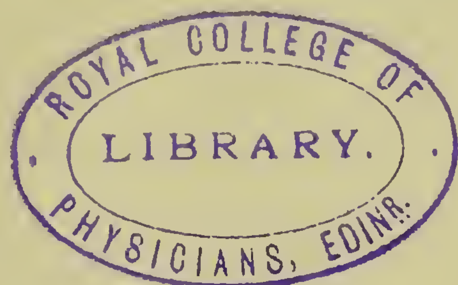
LA COLITE

MUCO-MEMBRANEUSE

PAR

Le Dr Louis VOUZELLE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
(ENFANTS-MALADES — SAINT-ANTOINE — BEAUJON — LARIBOISIÈRE)
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique.

Peu de maladies, au cours de leur histoire, reçurent des dénominations plus diverses que la colite muco-membraneuse. Ce luxe d'appellations nous montre combien furent changeantes les opinions touchant la nature pathogénique et clinique de cette maladie.

Dès longtemps l'attention des cliniciens avait été attirée par le rejet dans les selles de glaires ou de mucus. Morgagni en fait mention, puis Fernel Van Swieten. Roche, le premier, tente une description ; mais il place dans un même cadre la colite muco-membraneuse et les entérites aiguës des affections diphtériques. Gendrin relève cette erreur, et montre que les pseudo-membranes excrétées avec les selles ne sont autre chose que du mucus agglutiné.

Mais c'est au professeur Laboulbène que revient l'honneur d'avoir séparé nettement les muco-membranes des fausses membranes en se basant sur leurs caractères macroscopiques et leur structure histologique.

Bientôt les divisions s'établissent plus précises et plus nettes grâce aux observations de Guyot, de Siredey. Avec les descriptions de Germain Sée et de Potain, la thèse de Malibran et les recherches de Mathieu, la maladie est enfin définitivement constituée.

Toutes les modifications qui seront apportées par la suite n'en entameront pas la charpente. Il nous faut pourtant signaler les revues de G. Lyon et de Richardière.

Le travail de Mathieu dans la *Gazette des hôpitaux* de 1894 fixe nombre de points pathogéniques et précise les indications thérapeutiques.

Depuis lors observations et publications de toute sorte se sont accumulées, tant en France qu'à l'étranger, et surtout en Amérique. De Langenhagen, enfin, a résumé, en y ajoutant ses vues personnelles, la plupart des travaux sur la question.

De toutes ces recherches il résulte que : La colite muco-membraneuse est une maladie éminemment chronique, étroitement liée à la diathèse neuro-arthritique, caractérisée essentiellement par des phénomènes d'atonie et de spasmes intestinaux le plus souvent douloureux, et s'accompagnant de constipation opiniâtre et du rejet dans les selles de muco-membranes.

Certes, nombre d'inflammations intestinales peuvent, au cours de leur évolution, se traduire par l'expulsion de mucosités plus ou moins concrétées. Nous ne parlons pas ici des flux diarrhéiques simples, qui ne sont autre chose que la manifestation symptomatique d'une inflammation de l'intestin grêle, mais de l'hypersécrétion glaireuse des glandes du gros intestin irrité.

Ce phénomène s'observe dans toutes les colites aiguës de l'enfant et de l'adulte. Ces cas nous les éliminons, la colite qui nous intéresse étant essentiellement chronique par définition.

Le terme de colite muco-membraneuse employé par

nous à dessein nous permet encore d'écarter toutes les entérites intenses qui donnent lieu, non plus à du mucus, mais à des fausses membranes constituées par de la fibrine, des cellules lymphatiques mortifiées, et des micro-organismes spéciaux ; telle l'entérite croupale des Allemands.

Chez les enfants (1) la colite aiguë dysentériforme, se traduisant par des alternatives de diarrhée et de constipation avec mucosités et glaires dans les selles, ne peut être confondue avec la colite muco-membraneuse telle que nous la comprenons ; mais au dire de Marfan, elle peut, par suite des modifications qu'elle apporte dans la tonicité des parois intestinales, ou dans la constitution des glandes, déterminer une disposition à la constipation avec colite muco-membraneuse chronique consécutive.

La nature spéciale de la dysenterie, de la diarrhée de Cochinchine et de l'entérite tuberculeuse nous permet de les éliminer d'emblée.

La proctite bien que s'accompagnant de selles glaireuses se caractérise par les épreintes, le ténesme, les douleurs térébrantes qui accompagnent l'acte de la défécation.

Restent les colites chroniques simples. La forme diarrhéique, est sinon la plus commune du moins la plus connue. Elle fait suite d'ordinaire à la colite aiguë et se traduit par des selles liquides jaunâtres et muqueuses, souvent fétides. Les selles se répètent cinq, six fois par jour, quelquefois davantage. On y trouve souvent des mucosités et des glaires, mais jamais ces mucosités ne se concrètent.

Depuis peu cependant on signale des cas de colite diar-

(1) MARFAN, *Infection digestive suraiguë*, p. 13.

rhéique, s'accompagnant de crises douloureuses paroxystiques auxquelles vient mettre fin l'expulsion de paquets de mucus plus ou moins concrété.

Doit-on considérer ces cas comme des intermédiaires entre la colite diarrhéique et la colite muco-membraneuse vraie? Nous ne le pensons pas. Il s'agit ici d'entérites consécutives à des entérites aiguës et, par conséquent, d'origine franchement infectieuse ne répondant en rien à la colite muco-membraneuse. Celle-ci constitue la forme sèche de la colite chronique.

Dans la définition donnée par nous précédemment, on peut voir que nous nous sommes soigneusement gardé d'en préciser la nature intime. Des autopsies trop peu nombreuses et parfois contradictoires n'ont fourni jusque-là aucune donnée certaine.

Mais si sa nature intime nous échappe encore, si l'on ne peut l'affirmer en tant qu'entité morbide, on ne peut nier pourtant qu'il s'agit ici d'un complexus symptomatique nettement défini qu'on retrouve toujours au milieu des modalités diverses que peut revêtir la maladie.

CHAPITRE II

Symptômes.

La colite muco-membraneuse dans sa forme habituelle est caractérisée par trois symptômes fondamentaux.

Le plus important, celui qui, souvent, permet le diagnostic est l'apparition dans les selles de muco-membranes.

Ces muco-membranes ne sont autre chose, nous l'avons vu, que les produits de sécrétion des glandes de l'intestin, plus ou moins enflammées. Suivant que le séjour dans l'intestin a persisté ou non, elles affectent des formes différentes.

Le mucus est-il éliminé peu après son excrétion ? Il apparaît dans les selles sous forme de glaires filantes de mousse ou d'écume qui recouvre et enrobe les matières fécales (G. Sée).

Mais le mucus sous cette forme peut s'observer dans des cas simples de constipation et n'est nullement pathognomonique d'une colite muco-membraneuse. A un premier degré de concrétion, le mucus prend l'aspect de blanc d'œuf coagulé, ou encore de boules grisâtres qui, au contact de l'eau, se divisent en fragments.

C'est dans les cas de débâcle, à la suite de rétention prolongée des matières que le mucus ayant eu le temps de se concréter apparaît dans sa forme typique. Ce sont les

muco-membranes. Leur volume est des plus variables, M. Sevestre nous a dit en avoir observé une de vingt-cinq centimètres de long et de plusieurs centimètres de large.

Wannebrouck prétend en avoir observé plusieurs dont la longueur atteignait un mètre. Tantôt ce sont des filaments souvent pris pour des oxyures, tantôt de véritables cylindres semblant porter l'empreinte des plis et des contours de la paroi intestinale, à tel point que les malades s'imaginent avoir évacué un lambeau de muqueuse. Et pourtant toujours le calibre de ces cylindres est notablement inférieur au calibre de l'intestin.

Le professeur Debove explique le fait par une rétraction consécutive de ces muco-membranes par dessiccation. Mathieu est d'un avis tout autre. « N'est-il pas plus vraisemblable, dit-il, de penser que si ces cylindres sont d'un diamètre aussi restreint, c'est qu'ils ont pris naissance dans un segment de l'intestin contracté et revenu sur lui-même (1) ? » Ne verrons-nous pas en effet que dans le cours de la colite les spasmes de l'intestin sont fréquents et persistants ? Parfois les muco-membranes prennent l'aspect de rubans blanchâtres analogues au macaroni cuit (2) et pouvant en imposer pour des anneaux de tœnia.

Le professeur Potain admet que ces rubans doivent se constituer sur les bandes longitudinales du gros intestin ; puis par suite de leur saillie dans la cavité intestinale elles sont enlevées, comme râclées en masses par les matières fécales durcies. Ces rubans, déroulés sous l'eau, ont une face lisse jaunâtre qui correspond à la face interne libre et

(1) Mathieu, *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1894.
(2) Lyon, *Gazette des hôpitaux*, 11 mai 1889.

une autre blanchâtre, villeuse, correspondant à la muqueuse et pouvant être piquetée de points noirs (1).

Le plus souvent ces matières se trouvent, à chaque selle, mélangées aux scybales qu'elles enrobent ou entourent.

Parfois, au contraire, le malade reste des semaines et des mois sans en éliminer : il se croit guéri, mais survient une nouvelle crise et les muco-membranes reparaissent plus abondantes que jamais. A la suite de rétention plus ou moins prolongée, à la suite de crises qui simulent l'obstruction intestinale surviennent de véritables débâcles.

Les muco-membranes, enroulées en paquets souvent d'un volume énorme, sont expulsées au prix de vives douleurs. Elles peuvent dans ces cas constituer à elles seules la selle tout entière ou s'accompagner de diarrhée.

Constipation. — « En dehors de ces crises, de ces débâcles passagères, la constipation est un phénomène presque constant dans la séméiologie de la colite muco-membraneuse (2). » Cette constipation est *précoce*. Depuis longtemps déjà, dès l'enfance parfois, elle était habituelle et préexistait à la maladie qui ne fait que l'accroître. Elle est *opiniâtre* ; le malade, le plus souvent, pour avoir des selles, est obligé de recourir à des purges quotidiennes ; sinon il restera des jours et des semaines sans la moindre défécation. N'a-t-on pas cité le cas d'une jeune fille qui restait un mois entier sans aller à la garde-robe ?

Il arrive, et le cas est fréquent, qu'à la suite d'une période prolongée de constipation, matières et muco-membranes s'accumulent dans l'intestin en telle quantité qu'el-

(1) Lyon, *Gazette des hôpitaux*, 11 mai 1889.
(2) Mathieu, *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1894.

les déterminent de véritables phénomènes d'obstruction. (Il nous a été donné d'en observer un cas récemment à Lariboisière.) Survient une débâcle pendant laquelle la quantité de matières rejetées est vraiment extraordinaire. Une diarrhée s'établit alors, qui persiste quelques jours, rarement davantage et qui peut aller jusqu'à la lientérie ; bientôt la constipation reparaît. Cette diarrhée comme le fait remarquer Mathieu n'est qu'un phénomène passager, un incident. Elle peut s'établir sans débâcle préalable. Langenhagen a montré qu'il s'agissait là d'une *fausse diarrhée*. Les selles liquides que l'on observe alors sont constituées uniquement par les sérosités et les produits de digestion qui ont pu transsuder ou se glisser entre les scybales accumulées et la paroi intestinale. Cela est si vrai, que l'on peut, en pleine période diarrhéique, sentir par la palpation, les matières fécales qui remplissent les côlons, ascendant et transverse, et que souvent au milieu de selles liquides et diarrhéiques se retrouvent des masses ovillées et dures décelant la constipation latente.

De ce fait Baraduc a tiré des conclusions. Pour lui la stase prolongée des matières ne peut se faire que dans les côlons transverse et descendant, c'est-à-dire là où les déchets de la nutrition ont pu acquérir une consistance favorisant leur segmentation en masses ovillées, ce qui permet aux gaz et aux matières liquides de se glisser à travers leurs interstices.

Au niveau du cæcum cette stase ne serait pas possible. Les matières, à ce niveau, formeraient un tout compact non perméable aux gaz et aux liquides, si bien que leur arrêt déterminerait rapidement des phénomènes vrais d'obstruction intestinale qui ne pourrait durer.

Quoi qu'il en soit les matières, au cours de la colite, peuvent se présenter sous deux aspects absolument différents, ce qui a permis à Fleiner de distinguer deux variétés de constipation : la constipation passive, par atonie et la constipation par spasmes.

La constipation atonique, conséquence d'une paresse motrice de l'intestin, se traduit par le rejet de scybales dures et desséchées telles qu'on les trouve dans la constipation ordinaire.

La constipation spasmodique, consiste dans la rétention de matières fécales dures par un véritable spasme, une véritable contracture du côlon. Sa caractéristique est l'apparition de selles moulées d'un petit calibre, comme filées, d'un diamètre qui ne dépasse pas celui du doigt ou d'un crayon ; parfois aussi les matières sont rubanées, aplaties ; s'il s'agit de masses ovillées, elles sont toujours de petit calibre, semblables à de petites billes ou à des noisettes. Nous verrons plus loin combien cette théorie répond bien à la réalité des faits.

Quel que soit l'aspect de ces matières, leur coloration d'ordinaire est normale. Parfois pourtant, au cours de la colite, on les rencontre décolorées, semblables à de la terre glaise, comme dans l'ictère par rétention. L'explication de ce phénomène nous sera fournie. Potain (1), Malibran (2) et Langenhagen ont signalé, dans la colite, de véritables hémorrhagies intestinales pouvant aller jusqu'au rejet d'un demi-litre de sang. Ce sont là des faits

(1) *Semaine médicale*, 1887.
(2) *Atonie intestinale*.

exceptionnels. Bernard de Plombières a bien voulu nous en communiquer deux observations.

La première se rapporte à un jeune homme qui, souffrant depuis longtemps de crises de colite, vint à Plombières suivre le traitement. Avant même de prendre les eaux il fut atteint d'une hémorrhagie telle que l'on put craindre pour sa vie.

Dans la deuxième, l'hémorrhagie moins abondante survint au cours du traitement.

Le professeur Potain invoque pour expliquer ces hémorrhagies une congestion vaso-motrice intense de la muqueuse intestinale. Ce phénomène n'étonnera point si l'on songe que la colite muco-membraneuse relève de la diathèse arthritique où les poussées congestives sont si fréquentes.

Baraduc pense que dans les cas où l'hémorrhagie est abondante il ne doit point s'agir de colite muco-membraneuse, mais d'une colite probablement folliculaire sur laquelle nous reviendrons bientôt. Ces hémorrhagies seraient alors la conséquence de véritables ulcérations.

Ce qui s'observe fréquemment ce sont des gouttelettes ou des stries sanglantes sur les scybales. Leur présence s'explique aisément si l'on songe que les hémorrhoïdes sont habituelles dans la colite.

Les éraillures de la muqueuse rectale par les matières durcies peuvent aussi être mises en cause. Reste la question de la lithiase intestinale.

C'est à Mathieu (1) que revient l'honneur d'avoir le pre-

(1) Mathieu, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 22 mai 1896. *Société médicale*, 1896.

mier signalé la lithiase intestinale, au cours de la colite muco-membraneuse. La communication du professeur Dieulafoy (1), à l'Académie de médecine, vint peu après.

Depuis lors nombre d'observations analogues ont été publiées. Et toujours le sable intestinal s'accompagne de colite muco-membraneuse. Force est donc bien d'admettre avec Mathieu, autre chose qu'une simple coïncidence, un rapport de cause à effet.

Certes comme le veut Dieulafoy, l'arthritisme, et il se retrouve à l'origine de toute colite, doit intervenir dans la formation de ces calculs. De même qu'il prédispose à la lithiase biliaire il doit prédisposer à la lithiase intestinale. Mais de même aussi qu'on tend à invoquer comme cause adjuvante de la lithiase biliaire, une irritation, une infection quelconque, de même semble-t-il, il faut, dans la lithiase intestinale, faire intervenir cette même action infectieuse ; la colite en serait le facteur obligé.

Et de fait, si tous les malades atteints de lithiase biliaire, sont comme l'a remarqué Dieulafoy des arthritiques avérés, ils sont aussi tous atteints de colite muco-membraneuse, tandis que jusqu'à présent on n'a pas cité encore un seul arthritique faisant de la lithiase intestinale sans l'intermédiaire de la colite.

Nous pouvons donc dire, pensons-nous, que la lithiase intestinale est fonction de colite muco-membraneuse. Dans cette maladie, du reste, comme le fait remarquer Langenhagen, toutes les causes favorables à la formation de ces concrétions ne se trouvent-elles pas réunies ? Sécrétion

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 9 mars 1897.

exagérée de mucus qui se concrète et fournit ainsi les noyaux autour desquels viendront se déposer les *sels calcaires* ; apport *de ces sels calcaires* par suite de la desquamation épithéliale intense de la muqueuse.

A ces causes vient s'ajouter la constipation qui permet au noyau en formation un séjour prolongé dans l'intestin. Peut-être aussi faut-il invoquer la résorption exagérée par la muqueuse irritée des parties liquides des exsudats, résorption qui hâte la précipitation de tous les sels en suspension dans ces liquides ? (Potain)

Les calculs intestinaux sont d'ordinaire petits. Ce sont des grains de sable mêlés aux matières stercorales, ces grains sont cubiques le plus souvent, irréguliers, à arêtes tranchantes et de couleur brun-clair. Leur expulsion se traduit parfois par de vives douleurs.

Douleurs et phénomènes intestinaux. — La douleur, du reste, joue un rôle capital dans l'affection qui nous occupe. Il nous faut ici avec Langenhagen distinguer deux sortes de douleurs : la douleur *habituelle*, qui peut persister pendant toute la durée de la maladie, et les *crises douloureuses* qui surviennent à intervalles plus ou moins éloignés, mais font rarement défaut.

La douleur *habituelle* est fort variable comme intensité, c'est d'ordinaire une simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Parfois ce sont des tiraillements, des élancements sourds, des brûlures. Ces douleurs sont fréquemment imprécises ; quand le malade peut les localiser, il en place le siège au niveau de l'ombilic, parfois au côlon transverse, ou bien encore à son angle gauche, très fréquemment à l'angle droit. La digestion

semble les exaspérer. C'est ainsi que leur acmé survient le plus souvent deux ou trois heures après les repas. La congestion abdominale que provoque le phénomène de la digestion doit en être la cause.

Il est des formes simples pour lesquelles toute la symptomatologie douloureuse se résume en ces sensations vagues et légères.

Dans la plupart des cas l'évolution chronique de la maladie est traversée par des poussées aiguës, des crises paroxystiques pouvant durer de plusieurs jours à plusieurs semaines. A l'occasion d'un écart de régime, d'une congestion menstruelle, parfois sans motif autre qu'une stase trop prolongée des matières dans l'intestin, les douleurs brusquement s'exaspèrent.

L'abdomen est le siège des douleurs constrictives que le malade compare à un lien qu'on lui serrerait autour des reins (1) ou encore à un courant d'eau chaude qui traverserait le tube intestinal (Williams).

Ce peuvent être aussi des coliques véritables, avec tiraillements et brûlures qui arrachent des cris au malade. C'est « un feu qui ronge ». Il semble au malade que son intestin soit prêt à éclater. Seule la codéine ou au besoin l'opium amènent une détente.

En outre de ces douleurs spontanées que nous venons d'étudier, il en est que provoque le palper abdominal. Le siège le plus habituel, le siège presque constant de la douleur provoquée est l'angle gauche du côlon ; la moindre pression à ce niveau détermine une réaction vive. Vient

(1) Lyon, *Loco citato*.

ensuite l'angle droit du côlon ; Bernard de Plombières prétend que dans la moitié des cas, la pression est douloureuse en ce point. Au côlon transverse, aux fosses iliaques, ce phénomène est beaucoup plus rare. Cette localisation de la douleur provoquée peut, du reste, se modifier chez le même sujet. Tel malade présentait un point douloureux à la pression au niveau de l'angle droit. On l'examine de nouveau quelques jours après et on est tout étonné de trouver cette localisation douloureuse du côté opposé. Il semble qu'il se fasse des poussées successives et locales d'un point à un autre de l'intestin.

Tels sont au point de vue douleur les symptômes fournis par la palpation abdominale. Cette palpation, du reste, est fertile en indications de toute sorte ; elle permet d'abord d'apprécier la flaccidité, l'atonie de la paroi qui parfois se laisse déprimer jusqu'à la colonne vertébrale. Ce relâchement est l'indice de la ptose généralisée que l'on va rencontrer.

Dans la plupart des cas, en effet, l'estomac, le rein, le foie, se trouvent abaissés par suite du relâchement de leurs ligaments. Il en est de même du côlon transverse qui souvent se perçoit au niveau de l'ombilic. N'est-ce point dans ce fait, qu'il faut chercher la cause de ce foyer douloureux que bon nombre de colitiques accusent à la région ombilicale ?

L'atonie, du reste, ne porte pas seulement sur les ligaments, les moyens de soutien de l'intestin. La paroi intestinale même est atteinte, parfois profondément ; les travaux de Malibran (1) nous fournissent des données

(1) Malibran, *Anatomie intestinale et ses complications*, Paris, 1889.

très précises sur ces modifications qui portent sur l'intestin, tout au moins sur le gros intestin. Peut-être en effet l'intestin grêle participe-t-il aux troubles que l'on observe, mais par suite de son manque de fixité, de l'absence d'un plan résistant sur lequel on puisse l'appliquer, ces troubles échappent à nos moyens d'investigation.

Seuls le cæcum et le côlon de par leur disposition anatomique peuvent être explorés avec fruit.

Au lieu d'être fermes et élastiques ils sont le plus souvent dans un état de relâchement complet ; « toute résistance, toute tonicité ont disparu de leurs parois qui paraissent amincies et donnent la sensation d'un intestin qu'on palpe sur la table d'amphithéâtre, ou bien celle d'une loque, d'un chiffon sans consistance qu'on pétrirait entre les doigts, cette sensation est caractéristique » (1). Langenhagen propose de lui donner le nom de sensation de *l'intestin chiffon*. Le gros intestin peut alors être distendu par des gaz et cette distension coïncide souvent avec une dilatation gazeuse de l'estomac, parfois même de l'intestin grêle.

Tout cela forme un degré plus ou moins accentué de tympanisme abdominal. Il s'y joint parfois un clapotage véritable qu'un examen attentif permet de localiser le plus souvent dans le côlon transverse. Il semble que cet intestin ainsi ramolli, atone, ne soit plus susceptible de contractions, à plus forte raison de spasmes. Le fait existe cependant.

Wannebroucq (2) d'abord, Glénard ensuite, sans en

(1) Langenhagen, *Semaine médicale*, 5 janvier 1898.

(2) Wannebroucq, *Association pour l'avancement des sciences*, Congrès de Lille, 1874.

préciser du reste la cause, avaient à propos de l'entéroptose, expressément signalé l'existence d'un resserrement du gros intestin qui donne à la palpation la sensation d'une corde (corde colique ascendante, transverse, descendante).

Glénard faisait de ce symptôme, qui se retrouve dans la colite, un signe rationnel d'entéroptose. Mathieu (1) s'élève contre cette interprétation. Il ne s'agit ici, dit-il, d'autre chose que d'un spasme du gros intestin. Ce spasme signalé par Fleiner est réel et fréquent ; Mathieu l'un des premiers l'a observé et décrit (2). Il peut se retrouver au cours de toutes les dyspepsies intestinales, ou gastro-intestinales ; mais c'est dans la colite muco-membraneuse qu'on le rencontre le plus couramment.

Cet état de spasme n'est nullement incompatible avec l'atonie ; tout au contraire, il lui succède et alterne avec elle. Tel malade avait un intestin atone et relâché auquel peu après on trouve une corde colique fort nette. Dans cet état le côlon tout entier peut être senti sous forme de corde dure de la grosseur d'un doigt. Ce qui prouve qu'il s'agit bien ici d'un véritable spasme, c'est, comme le fait remarquer Mathieu, la douleur intense que provoque la moindre compression, la moindre exploration.

C'est aussi la disparition en quelques instants de cette contracture qui fait place aussitôt à de l'atonie complète. Ces alternatives de rétraction spasmodique et de relâchement peuvent porter en même temps sur le gros intestin tout entier comme aussi se limiter à l'une de ses portions.

(1) Mathieu, *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1894.

(2) Germain Sée et Mathieu, Dilatation de l'estomac. *Revue de médecine*, 1884.

Cette localisation *segmentaire* est fréquente ; le côlon transverse peut être rétracté, tandis que l'atonie est complète au niveau des côlons ascendant et descendant. La réciproque s'observe moins souvent au dire de Langenhagen ; la portion le plus communément spasmodiée étant le côlon transverse.

Tel n'est point l'avis du professeur Potain qui le plus souvent a trouvé le cæcum rétracté, pour lui la sensation de corde serait moins fréquente au niveau de l'S iliaque, moins encore au niveau du côlon ascendant et fort rare au niveau du côlon transverse qui fuit sous la main qui le palpe. Potain signale une autre particularité qu'il a retrouvé chez un grand nombre de malades ; c'est une sensation nette d'épaississement, du côlon transverse ; on dirait que cette partie du gros intestin est comme entourée d'une gangue qui, pour lui, serait constituée par des fausses membranes péritonéales. Nous verrons à propos de l'anatomie pathologique que cette interprétation a pu être contrôlée et confirmée dans quelques cas.

Il est rare que l'intestin soit retracté à vide. Le plus souvent au travers des parois intestinales contractées peuvent se percevoir des scybales emprisonnées. Nous avons vu du reste, que dans nombre de cas cet enchatonnement des matières pouvait donner lieu à des crises de constipation se terminant par l'expulsion de petites billes durcies ou encore de matières filées, rubanées, preuves indéniables de la diminution canaliculaire de l'intestin.

Doit-on invoquer ici une constipation atonique antécédente comme cause première de la stase stercorale, stase qui à son tour déterminerait par irritation une réaction

spasmodique de la paroi cause seconde et renforçatrice de la constipation ? On serait tenté de l'admettre avec quelques réserves cependant ; car il est des cas où l'élément nerveux et spasmodique semble jouer un rôle prépondérant peut-être même exclusif et initial de la constipation.

En portant son attention sur les autres viscères contenus dans la cavité abdominale on constate d'autres phénomènes de moindre importance qui ont cependant aussi leur intérêt.

Le foie peut être ptosé, nous l'avons dit. Il peut aussi être congestionné et tuméfié. De coutume il présente un certain degré de contraction ; c'est là du reste, comme l'a fait remarquer Mathieu, un phénomène à peu près constant au cours des dyspepsies tant stomacales qu'intestinales. Nous reviendrons du reste sur ce point.

Fréquemment une pression même légère au niveau de la face inférieure du foie détermine une vive douleur. Nous verrons plus loin à propos du rôle pathogénique du foie, les interprétations possibles de cette douleur.

La ptose rénale qui s'observe si souvent du côté droit chez la femme au cours de la colite muco-membraneuse sera aussi l'objet de discussions pathogéniques. Quant à l'estomac, fort souvent il est ptosé et dilaté. Ce sont là deux phénomènes fort différents.

La ptose peut exister sans la moindre dilatation. Elle se traduit alors comme dans la dilatation par un prolongement de la sonorité en bas, mais par contre l'espace de Traube est absolument mat à la percussion. La dilatation au dire de Langenhagen existerait dans la moitié des cas et ce aux degrés les plus divers. Elle est parfois difficile

à distinguer d'avec la dilatation du côlon, qui généralement se trouve distendu par des gaz. Tels sont les signes fondamentaux de la colite muco-membraneuse.

D'autres troubles morbides les accompagnent qui pour la plupart peuvent être considérés comme leurs corollaires. Nous venons de voir que l'estomac était souvent dilaté. Ce n'est point là la seule modification pathologique de cet organe.

Dans la plupart des cas, pour ne pas dire toujours, il est profondément troublé dans sa fonction. Est-ce la lésion stomacale qui a débuté, déterminant secondairement une irritation catarrhale de l'intestin par suite de la mauvaise élaboration qu'il fait subir aux aliments ? Tel est l'avis de Robin. « La colite, dit cet auteur, est un syndrome sous la dépendance d'un état gastrique hypersthénique produisant de la paralysie intestinale et de la coprostase. » « Si, ajoute Robin, la colite se produit chez les arthritiques c'est qu'ils sont souvent dyspeptiques. »

La théorie de Germain Sée est tout autre. Il s'agit là pour lui d'une pseudo-dyspepsie gastrique vraie. Les accidents reconnaissent pour origine une atonie de l'intestin ; les gaz qui retenus dans l'intestin se distendent bientôt passent dans l'estomac, le dilatent à son tour et y produisent certaines modifications pathologiques.

Il nous semble qu'il ne faille pas chercher dans l'estomac les causes de la colite, pas plus que dans l'intestin la cause première de la lésion stomacale. Lésions de l'estomac et lésions de l'intestin relèvent avant tout d'une même cause, le neuro-arthritisme que nous étudierons. Quoi qu'il en soit le malade éprouve d'ordinaire les phénomènes

subjectifs de la dilatation ordinaire : gonflement et ballonnement, crampes, etc.

Quant aux modifications du chymisme stomacal elles sont variées. Tantôt s'observe l'hypochlorhydrie et tantôt l'hyperchlorhydrie (Mathieu). Certes en effet l'opinion de Robin semble trop absolue, qui veut toujours mettre en cause l'hyperchlorhydrie seule. Mathieu a maintes fois rencontré une hypochlorhydrie non douteuse tant au point de vue chimique qu'au point de vue clinique. Gautrelet (1) a fait les mêmes constatations. Bernard de Plombières nous a déclaré avoir rencontré le plus souvent de l'hyperacidité.

Toujours est-il que souvent, au cours de la colite surviennent des crises violentes d'hyperchlorhydrie, fort difficiles parfois à distinguer des crises paroxystiques d'origine colitique pure. Quant aux vomissements glaireux que l'on a pu observer, ils semblent relever de phénomènes d'obstruction que nous étudierons plus loin.

On sait que toutes les entérites, de quelque nature qu'elles soient peuvent réagir sur la muqueuse buccale et particulièrement sur les gencives. Peut-être doit-on chercher l'explication de ce fait dans les liens de solidarité qui unissent les divers appareils du tube digestif. Peut-être faut-il invoquer aussi des infections diverses, ou encore des phénomènes d'auto-intoxication.

Ce qui est certain c'est que la colite muco-membraneuse n'échappe pas à cette règle. Le plus souvent ce sont les lésions gingivales qui dominent, tantôt sous forme de catarrhe simple, tantôt sous forme de vésicules aphteuses.

(1) *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, 20 octobre 1898.

Dans les cas graves la gingivite s'établit en permanence. Dans certains autres où l'affection procède par poussées : à chacune d'elles correspond une poussée gingivale. La langue est, en général saburrale, parfois au contraire dépouillée de son épithélium avec hypertrophie des papilles.

Le ptyalisme a été signalé. Dans la pluralité des cas Baraduc nous a dit avoir observé le phénomène contraire.

Les phénomènes alternants d'atonie et de spasme que nous avons étudiés à propos des parois intestinales se retrouvent parfois sur l'organe vésical déterminant des troubles divers de la miction, incontinence ou ténesme et dysurie.

Il est toute une classe de symptômes à distance que l'on attribuait jadis exclusivement à des actes réflexes.

Telle est l'opinion du professeur Potain. On sait, dit-il, combien la muqueuse intestinale, peut par son irritation déterminer des réflexes variés au niveau des divers appareils. Or il est d'observation courante, que l'intensité de ces phénomènes réflexes est en raison directe de la superficialité des lésions. Les filets de la muqueuse terminaux, n'étant point détruits, mais irrités seulement, transmettent intégralement l'irritation aux centres nerveux qui réagissent avec d'autant plus d'intensité.

Or la colite muco-membraneuse plus qu'aucune autre inflammation intestinale semble réunir ces conditions. De plus, nous le verrons, il s'agit d'ordinaire, de sujets extrêmement nerveux, neurasthéniques, chez lesquels par suite toute action réflexe doit être exagérée.

Cette théorie est séduisante et semble s'étayer sur ce fait que la plupart des phénomènes que nous allons étudier coïncident le plus souvent avec les crises intestinales paroxystiques et douloureuses. Cependant le nombre extrême de ces accidents morbides, leur diversité et surtout parfois leur gravité même permettent de conclure à l'existence d'une cause plus profonde. Aussi pensons-nous que l'on doit invoquer ici l'auto-intoxication, ou même les infections secondaires, tout au moins comme causes adjuvantes.

L'observation rapportée par Langenhagen, bien que citée par lui comme exemple de réflexes nous paraît au contraire plaider en faveur de l'auto-intoxication et de l'infection intestinale. Nous croyons bon de la rapporter.

Un malade, un médecin était pris fréquemment d'accès brusques débutant soit le jour soit la nuit. Il pâlissait brusquement, son corps se couvrait d'une sueur froide, « il sentait la vie l'abandonner ». Au bout de peu de temps tout rentrait dans l'ordre.

Or Langenhagen le dit lui-même : « Ces accès coïncidaient avec de véritables crises d'infection intestinale, d'empoisonnement stercoral pendant lesquelles les selles et même l'haleine exhalaient une fétidité spéciale si bien que le malade arriva à atténuer et même à supprimer presque entièrement ces crises par l'usage d'évacuants et surtout d'antiseptiques intestinaux.

Quoi qu'il en soit, ces réflexes, si réflexes il y a, partis de l'intestin, vont par l'intermédiaire du bulbe, puis du pneumogastrique et du sympathique retentir sur les organes les plus divers. Le cœur est un de leurs sièges de pré-

dilection. C'est ainsi qu'on voit survenir après les repas des accès plus ou moins violents de palpitations, d'autres fois c'est de l'arythmie, ce sont des intermittences, de véritables faux pas du cœur, voire même des crises de pseudo-angine de poitrine (Tissier).

Ces phénomènes semblent bien en corrélation avec l'acte digestif, car ils disparaissent d'ordinaire soit à la suite d'une évacuation stercorale, ou encore de renvois gazeux, après lesquels les malades se sentent soulagés.

Le professeur Potain a signalé des accidents plus sérieux se traduisant par de l'insuffisance tricuspide : au moment des crises douloureuses, le pouls s'accélère et s'élève à 120, 130 pulsations. La dyspnée est fréquente. Il s'agit parfois de crises analogues à celles de l'asthme ; les malades manquent d'air ; il leur semble qu'ils vont étouffer ; leur thorax est immobilisé.

Ce fait est d'autant plus curieux qu'il alterne parfois avec de véritables crises de coryza avec éternuements, tous phénomènes qui pourraient bien trouver leur explication commune dans la nature neuro-arthritique des sujets atteints. Ils ne seraient donc plus subordonnés les uns aux autres mais seraient fonction d'une diathèse.

Du côté du tube digestif on a signalé des crises d'œsophagisme sous forme de contracture ou de spasme douloureux, parfois un état nauséeux. Dans le domaine du sympathique, mentionnons les troubles vaso-moteurs, pâleur ou rougeur parfois considérable de la face ; sueurs, éblouissements, vertiges.

Il n'est pas rare pendant la période digestive de voir survenir un tremblement généralisé, les malades ont de

l'inaptitude au travail, de la céphalalgie ; l'aphasie, l'amnésie passagère ont été observées ainsi que les convulsions, surtout chez les enfants et même le coma ; les malades ont des périodes d'excitation suivies de dépression ; ils montrent souvent une irritabilité excessive ou bien sont mélancoliques et ont des idées de suicide.

Comme troubles sensitifs l'hyperesthésie des régions malléolaires (Siredey, Wannebroucq), des arthralgies, des douleurs lombaires ou sur le trajet du sciatique du crural, des points douloureux vertébraux s'observent dans nombre de cas. Signalons enfin des poussées d'herpès vulvaire et buccal.

Comme troubles sensoriels on a observé l'amblyopie et les tintements d'oreille.

L'*amaurose* n'avait point été signalée jusqu'ici. Langenhagen a bien voulu nous en fournir une observation.

Il s'agissait d'un médecin M. L... habitant rue du Bac, atteint de colite membraneuse intense depuis près de quinze ans. Dès longtemps il était sujet à des phénomènes réflexes de tout ordre, palpitations, vertiges, bourdonnements, quand un jour, à l'occasion d'une crise paroxystique, il fut pris brusquement d'amaurose de l'œil gauche. Cette amaurose persista quelques heures seulement ; mais reparut les jours suivants à quatre reprises différentes si bien que le malade put faire examiner son fond d'œil par de Wecker au moment même d'une crise. L'examen fut négatif en tout point. On ne trouva aucune modification. même circulatoire.

Cautru (1) cite trois observations de *chorée* et d'*épilepsie* à la suite de colite muco-membraneuse.

(1) Cautru, *Médecine moderne*, 12 janvier 1895.

Les deux premières ont trait à des crises d'épilepsie survenues chez deux enfants exempts de toute tare nerveuse, mais présentant les signes de la colite. Le traitement de la maladie intestinale ne tarda pas dans les deux cas à venir à bout des phénomènes nerveux.

La troisième observation est celle d'une enfant colitique avérée chez laquelle survint une chorée tenace, qui résistait au traitement bromuré ; on eut l'idée de s'attaquer à la lésion intestinale et bientôt la chorée disparut.

Cautru conclut de ces faits que dans les cas d'épilepsie ou de chorée, dont la cause reste indéterminée, sans hérédité névropathique spéciale, il faudra songer à l'intestin et soigner plutôt la cause que l'effet.

Il faudra surtout éviter l'emploi des bromures qui, pris par la voie stomacale, non seulement ne guérissent pas les complications mais entretiennent la maladie causale par leur action irritante sur la muqueuse de l'intestin.

Il nous reste à parler ici de quelques phénomènes qui viennent communément compliquer la colite.

Ce sont d'abord les hémorrhoïdes, complication presque constante.

La gêne de la circulation intestinale entravée par la stase permanente des matières fécales s'unit à la diathèse arthritique pour produire le phénomène. Les efforts de défécation viennent aussi joindre leur action congestive et déterminent des éraillures de la muqueuse rectale, parfois même un véritable prolapsus.

On a signalé au cours de la colite des éruptions diverses.

Elles s'observent particulièrement chez les enfants (Guinon) (1).

Ces dermatoses sont presque toujours prurigineuses. Dans sa forme bénigne, l'éruption occupe les avant-bras, le dos de la main ; c'est le strophulus.

Plus tenace et plus étendue l'éruption est un véritable prurigo ; les papules roses et lisses au début, brunâtres et croûteuses plus tard, finissent par occuper tout le corps, même la plante des pieds et le cuir chevelu ; l'enfant en proie à des démangeaisons continuelles ne peut dormir et l'insomnie ajoute une nouvelle cause d'affaiblissement à son état déjà précaire.

Guinon signale enfin des éruptions ortiées passagères et de l'eczéma sec.

Citons enfin un cas de spléno-pneumonie rapporté par Richardière.

(1) Guinon, *Revue des maladies de l'enfance*, mars 1898.

CHAPITRE III

Évolution et formes.

Nous venons de passer en revue tous les symptômes de la colite. Il nous reste à en étudier le groupement clinique et à décrire l'évolution complète de cette maladie ainsi que ses diverses formes.

Il est des formes atténuées dans lesquelles tout se borne à une constipation tenace opiniâtre, avec rejet de mucosités glaireuses rarement concrétées et, s'accompagnant d'endolorissement léger de l'abdomen. Ces cas ne méritent pas la dénomination de colite muco-membraneuse, mais le plus souvent ils sont un acheminement vers la colite vraie et complète.

Dans sa *forme commune*, *habituelle*, la colite muco-membraneuse est une maladie essentiellement chronique caractérisée par une constipation intense et opiniâtre, s'accompagnant du rejet de mucosités et de fausses membranes, parfois de calculs, avec troubles digestifs, douleurs spontanées ou provoquées, s'exaspérant de temps à autre sous forme de paroxysmes fébriles ou non qui se terminent par une débâcle.

Le début est d'ordinaire insidieux. Il s'agit ici le plus souvent d'une femme arthritique et nerveuse, fréquemment atteinte d'une affection utérine. Depuis longtemps elle souffre de troubles digestifs vagues. Elle ne va à la

selle qu'au prix d'efforts violents et grâce à des purgations sans cesse renouvelées ; les matières sont ovillées, noirâtres et dures.

Bientôt apparaissent les muco-membranes ; rares d'abord, elles peuvent ensuite se retrouver à chaque selle, parfois même constituer la selle tout entière.

Les douleurs abdominales sont sourdes encore, imprécises. Quelques heures pourtant après les repas, sous l'influence de la digestion, elles augmentent ; ce sont des tiraillements,des brûlures le long du côlon, de la pesanteur hypogastrique. La douleur à la pression peut déjà exister.

La constipation vient-elle à se prolonger quelques jours? Vient-il à se produire une congestion dans la circulation abdominale ! En ce cas les troubles fonctionnels s'accentuent ; la langue blanchit, l'appétit se perd ou se déprave.

Les douleurs abdominales sont plus vives, plus localisées, siégeant le plus souvent au niveau de l'ombilic. Le pouls peut se ralentir et l'accès évoluer sans fièvre.

Mathieu a le premier signalé des cas où le pouls s'accélère et où l'on observe un léger mouvement *fébrile*, les malades se plaignent alors de courbature, d'inaptitude au travail, leur sommeil est troublé ; cet état persiste jusqu'au jour où sont rendues les concrétions muco-membraneuses avec des matières fécales dures, ovillées ; parfois les matières sont ramollies à leur surface par les couches mucilagineuses ; la masse a conservé sa dureté (Lyon).

Le plus souvent à la suite de cette crise survient une pause, un intervalle de répit pendant lequel le malade digère mieux et souffre moins.

Les crises se succèdent à intervalles éloignés. Les trou-

bles réflexes sont peu marqués. Seul l'état général névropathique a empiré ; mais la maladie reste stationnaire pendant des années entières. Parfois aussi la crise donne une poussée à l'état général qui s'aggrave.

Les crises se multiplient, deviennent subintrantes, augmentent d'intensité. Que la constipation persiste trop longtemps, que le malade se livre à un surmenage quelconque, à un écart de régime et l'on verra se dérouler le tableau de la *crise paroxystique* qui peut durer plusieurs jours et même plusieurs semaines.

On a affaire ici à de véritables poussées aiguës de la maladie. Ce ne sont pas seulement les douleurs qui sont exagérées, mais tous les phénomènes morbides concomitants. Le cours des matières est complètement arrêté, le spasme est intense et exacerbe la douleur. Cette douleur occupe la région péri-ombilicale et les fosses iliaques ; les malades la comparent à du feu qui les ronge ; ils sentent des tiraillements, des arrachements.

Le ventre douloureux dans toute son étendue ne tarde pas à se ballonner, les anses intestinales se dessinent sous la paroi tendue. Le malade vomit tout ce qu'il prend. Tout en un mot jusqu'à la pâleur de la face, la petitesse du pouls, l'aspect grippé des traits, la rétraction des ailes du nez rappelle le tableau du péritonisme.

Que le maximum de douleur siège au niveau du point de Mac Burney et le diagnostic d'appendicite sera posé. Nombre de malades ont été opérés, victimes d'erreurs de diagnostic de ce genre.

L'observation suivante se rapporte à ce fait.

Le diagnostic d'appendicite ayant été posé chez un en-

fant, on fait la laparotomie ; au grand étonnement de l'opérateur l'appendice était indemne ; mais en revanche le côlon ascendant et le cæcum étaient très épaissis. Un examen attentif du malade décela quelques jours après la présence d'abondantes muco-membranes dans les selles (1).

Bernard nous a cité le cas d'un malade qui lors de son séjour à Plombières fut atteint d'une crise simulant l'appendicite à tel point que si le siège maximum de la douleur eût été à droite et non à gauche, il n'eût pas hésité à faire l'opération, bien qu'il n'ignorât pas l'existence de la colite antécédente.

Parfois il peut s'agir de véritables phénomènes d'obstruction intestinale par suite de l'accumulation des fausses membranes et des matières.

Dans ces cas rien ne passe pendant toute crise, ni matières, ni gaz ; tout rentre dans l'ordre quand survient la débâcle pendant laquelle le malade rend une quantité vraiment invraisemblable de muco-membranes et de matières accumulées. C'est alors que peuvent survenir des syncopes parfois inquiétantes (Baraduc).

Ces crises, on le voit, semblent relever d'une cause purement mécanique : l'oblitération par les matières et les muco-membranes du calibre de l'intestin.

Il en est tout autrement, croyons-nous, dans les *crises paroxystiques à forme dysentérique*. L'inflammation intestinale est évidente. Il ne s'agit plus de phénomènes mécaniques mais bien d'inflammation aiguë ou subaiguë de la muqueuse intestinale.

(1) *Revue de pathologie interne*, 8 avril 1899.

A quoi rapporter ces poussées? Ne s'agit-il point d'infections secondaires? La chose ne nous paraît pas douteuse et s'explique aisément.

Les microbes pullulent, nous le dirons, dans les muco-membranes; d'autre part la muqueuse irritée de l'intestin favorise les pénétrations microbiennes. Nul doute que sous l'influence d'une cause adjuvante quelconque, écart de régime, surmenage, la pénétration s'effectue donnant lieu à une poussée intestinale aiguë.

Dans ces crises dysentériformes l'obstruction intestinale n'existe plus ; tout au contraire les malades ont des envies fréquentes, des épreintes, du ténesme anal, les matières rendues sont constituées, non plus seulement par des mucosités mais aussi par des membranes semblables à de la lavure de chair, par des glaires sanglantes.

C'est très exactement le tableau de la dysenterie et la confusion a été souvent faite. Parfois même, comme dans la dysenterie vraie, il y a de la dysurie, des épreintes vésicales. Cette forme a été bien décrite par Lasègue (Mathieu).

Dans les crises à forme typhoïde l'infection ne semble plus localisée au niveau de l'intestin ; elle a envahi l'organisme tout entier. Il ne s'agit plus d'une colite aiguë, mais bien d'une maladie infectieuse générale. Le tableau est celui de l'embarras gastrique, voire même de la fièvre typhoïde.

La fièvre existe, parfois légère, mais pouvant atteindre 39 et 40°, avec rémissions matutinales plus prolongées que dans la fièvre typhoïde ; la langue est sale, la céphalalgie intense, la courbature généralisée. Les douleurs abdominales sont souvent vives ; elles sont localisées au

niveau de l'ombilic ou le long du trajet du gros intestin, souvent au niveau de la fosse iliaque droite. Les débâcles de glaires et de fausses membranes alternent avec les périodes de constipation (Mathieu).

Ces poussées aiguës ont une durée variable, de quelques jours à plusieurs semaines. Certains malades n'ont qu'une ou deux de ces poussées dans leur vie. Chez d'autres, au contraire, les poussées se rapprochent de plus en plus.

C'est dans ces cas surtout que l'état général ne tarde pas à s'altérer. L'amélioration qui jadis survenait après chaque crise ne se fait plus sentir.

Sous l'influence des douleurs constantes auxquelles ils sont en proie, leur facies prend une expression spéciale, intermédiaire entre le type péritonéal et le type utérin.

L'amaigrissement devient considérable. « C'est qu'en effet dans les colites muco-membraneuses non seulement les graisses ne sont plus émulsionnées c'est-à-dire digérées difficilement, mais l'absorption des aliments élaborés, peptonisés, devient imparfaite, de sorte que la dénutrition en est une conséquence inévitable. C'est donc une des formes les plus graves de l'atonie intestinale » (G. Sée).

Cette déchéance de l'organisme a pu faire croire quelquefois à l'existence d'un cancer. Le fait s'est produit pour une malade qu'il nous a été donné de voir en province. L'amaigrissement, la teinte jaune paille des téguments, les alternatives de diarrhée et de constipation avaient fait supposer qu'il devait s'agir d'un cancer de l'intestin. Une rétraction spasmodique et persistante portant sur le segment inférieur du côlon descendant venait confirmer l'erreur de diagnostic. Le médecin ne fut pas peu étonné à la

suite d'une débâcle provoquée par un traitement approprié de voir s'améliorer l'état de sa malade. La guérison survint quelques mois après.

Parallèlement à l'état général, s'aggrave le nervosisme que l'on retrouve toujours à l'origine de la colite. Les malades deviennent impressionnables à l'excès; bientôt apparaissent tous les signes d'une véritable neurasthénie. Ceux qui étaient déjà neurasthéniques antérieurement le deviennent davantage ; l'état dépressif de leur système nerveux s'accentue encore.

Langenhagen a cité plusieurs cas où la colite a déterminé de l'hystérie et de l'hypochondrie véritable.

C'est alors que les réflexes éloignés acquièrent toute leur intensité, insuffisance tricuspidienne, dyspnée, suffocations, etc. La situation est intolérable, on le conçoit et pourtant elle persiste des années et encore des années. Rares sont les cas, où surviennent des complications mortelles.

On cite encore à ce propos les trois cas de Merland de Chaillé dans lesquels la mort a été observée, chez l'un par méningite, chez un autre par épuisement nerveux, chez le troisième enfin par hématémèse.

La maladie du reste est loin de toujours présenter les phénomènes graves que nous venons d'indiquer.

Le plus souvent, la colite muco-membraneuse évolue sans fracas.

Les crises paroxystiques existent, mais sont légères. L'état général n'est que peu altéré et les malades bien qu'affaiblis continuent à vaquer à leurs occupations habituelles.

Le *pronostic* de l'affection ne serait donc pas très grave dans les cas habituels, s'il n'était assombri par la durée indéfinie de la maladie qui, presque toujours, ne cesse jamais et résiste à tout traitement.

Forme grave. — Il est une forme de la maladie particulièrement aiguë, particulièrement grave sur laquelle nous voulons insister. Elle correspondrait à la forme dénommée par Mathieu, *forme continue grave.*

Cette variété de colite serait pour Baraduc, l'apanage, non plus des arthritiques, mais des herpétiques.

Les herpétiques pour lui en effet ressortissent d'un type particulier ; chez eux l'état morbide se traduirait par des manifestations plus aiguës et, en même temps, moins diffuses que celles des arthritiques.

Cette évolution plus aiguë, cette localisation plus précise, surtout apparente dans les manifestations cutanées, se retrouverait dans la forme de colite qui nous occupe.

Et d'abord elle est aiguë dans son évolution. Dès les premiers jours elle prend une allure rapide. Elle n'est plus torpide comme la colite muco-membraneuse vraie et s'accompagne de fièvre. « Dans cette forme, dit Mathieu, il y a constamment des muco-membranes en plus ou moins grande quantité dans les selles. Les exacerbations successives sont séparées par des rémissions incomplètes » (Mathieu).

Le caractère tout spécial de localisation de la lésion intestinale se décèle aisément par la délimitation précise de la douleur qui, presque constante, est parfois très aiguë. Tantôt cette douleur porte sur le cæcum, tantôt sur une portion toujours restreinte des côlons ascendant, trans-

verse ou descendant. Une pression même légère permet d'en découvrir le siège.

C'est à cette forme, croyons-nous, qu'il faut rapporter certains cas de colite muco-membraneuse dont on nous a fourni, du reste, plusieurs observations et dans lesquels la diarrhée avait été le symptôme dominant.

L'observation rapportée par MM. les professeurs Debove et Soupault, à ce propos, est vraiment typique ; la voici :

La maladie avait débuté brusquement chez un homme d'une santé habituellement parfaite. Elle s'était caractérisée, au début, par des crises très douloureuses survenant environ tous les quinze jours, mais dans l'intervalle desquelles le patient éprouvait des douleurs abdominales sourdes. On constatait dans les selles des muco-membranes en grande abondance. Après quelques mois seulement les crises se montrèrent plus intenses et se rapprochèrent de façon à devenir subintrantes, les muco-membranes furent expulsées en quantité considérable ; de plus, peu à peu, mais assez rapidement le malade pâlit, maigrit, perdit ses forces, fut pris de diarrhée continuelle et tomba dans un état de cachexie grave.

Nous avons signalé comme accident possible de la colite muco-membraneuse, les hémorrhagies intestinales. C'est dans ces cas surtout qu'on les rencontre. Elles font partie en quelque sorte du complexus symptomatique. Le plus souvent les selles sont fréquentes, douloureuses, s'accompagnant d'épreintes et de ténesme.

Cette forme, on le voit, rappelle de loin les crises dysentériformes, qui surviennent au cours de la colite muco-membraneuse vraie ; mais nous le répétons elle se parti-

cularise par ce fait que, dès le début, elle revêt un aspect aigu et continu qu'elle conserve dans tout le cours de son évolution ; elle peut présenter des périodes de rémission souvent même fort longues, pouvant faire croire à la complète guérison, mais jamais pendant ces périodes on n'observe les phénomènes de constipation et de chronicité qui se retrouvent dans la colite muco-membraneuse.

La maladie peut guérir après de nombreuses récidives ; mais elle est beaucoup plus grave que la colite ordinaire et peut entraîner la mort soit par cachexie, soit par complications : hémorrhagies, ulcérations intestinales, voire même perforations.

On le voit ce processus morbide revêt des allures d'une maladie aiguë ; son caractère infectieux se traduit par la note fébrile qui ne manque jamais et par l'altération rapide de l'état général.

Aussi Baraduc n'hésite-t-il pas à le différencier nettement de la colite muco-membraneuse.

C'est pour lui une colite spéciale, favorisée peut-être par la diathèse herpétique, probablement infectieuse, et se traduisant sans doute par des lésions folliculaires plus ou moins intenses du gros intestin.

Il ne nous semble pas impossible de rapporter à cette forme les cas de Vannebroucq où furent trouvées à l'autopsie, des lésions interstitielles profondes avec ulcérations, voire même perforations.

Envisagée de la sorte elle aurait des rapports nombreux avec une forme grave de colite que l'on observe chez les enfants et que les Allemands nomment avec Baginski *entérite folliculaire*.

Colite chez les enfants. — Cette entérite, Comby la classe parmi les entérites muco-membraneuses. Il la définit ainsi : une maladie survenant chez les sujets très jeunes, et se traduisant par des paroxysmes très aigus, hyperthermiques et hypertoxiques.

Marfan n'hésite pas à reprendre la dénomination des Allemands. Pour lui il existe une colite avec ulcération plus ou moins profonde des follicules solitaires, ulcération qui se manifeste par une diarrhée permanente plus ou moins glaireuse ; cette forme serait très grave et pourrait se terminer par la mort.

Marfan décrit encore une autre forme qu'il appelle colite aiguë dysentériforme ; là encore il s'agit d'inflammation de la muqueuse, avec prédominance des lésions au niveau des follicules, mais ces lésions seraient moins profondes ; elles ne s'accompagneraient pas d'ulcérations comme on en trouve dans la forme précédente. Le début est brusque avec fièvre ; les symptômes sont ceux de la dysenterie avec alternatives pourtant de diarrhée et de selles normales.

Moins grave que la première cette forme peut guérir.

Il s'agirait dans les deux cas, au dire de Marfan, de maladies complètement différentes de la colite muco-membraneuse.

En un point pourtant elles ont un rapport de cause à effet, et la suite de la colite aiguë dysentériforme, les perturbations apportées dans le fonctionnement de l'intestin peuvent donner lieu à de la constipation et plus tard à de la colite muco-membraneuse vraie telle qu'on peut la rencontrer chez les enfants de cinq à six ans.

Cette dernière, en tous points est semblable à celle de l'adulte, évolution chronique, constipation habituelle, rejet de muco-membranes avec crises paroxystiques possibles.

CHAPITRE IV

Étiologie. — Pathogénie.

La colite muco-membraneuse est une affection fréquente, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément ; car dans sa forme la plus bénigne elle passe souvent inaperçue.

Comme la goutte, elle est l'apanage des classes aisées. Rare dans les hôpitaux elle est fréquente dans la clientèle. Sur deux mille malades, le professeur Potain en a eu 103 atteints de colite muco-membraneuse.

Il semble qu'il faille chercher l'explication de ces faits d'une part dans les habitudes sédentaires des riches, d'autre part dans la façon par trop substantielle dont ils se nourrissent (Lucas-Championnière).

Au surplus n'est-ce point dans les classes aisées, que nervosisme et arthritisme règnent en maîtres ?

Or nous verrons que ce sont là deux facteurs étiologiques qui dominent toute la pathogénie de la colite muco-membraneuse. Tous les âges y sont sujets. Les enfants n'en sont pas exempts. Il importe pourtant d'établir quelques distinctions.

Dans le tout premier âge les colites aiguës sont fréquentes ; mais il ne s'agit point de la colite muco-membraneuse vraie. Celle-ci n'apparaît guère avant la seconde enfance, c'est-à-dire à quatre ou cinq ans.

C'est dans l'âge adulte cependant que la maladie atteint son maximum de fréquence, entre vingt-cinq et quarante-cinq ans.

On a voulu faire de la colite une maladie dévolue aux femmes exclusivement. C'est là une exagération ridicule. Cependant il faut reconnaître que les femmes sont surtout atteintes, 80 pour cent au dire de Litten, 71 pour cent d'après Langenhagen. Sur 460 cas, Bottentuit relève 250 femmes, 150 hommes et 60 enfants.

Cette prédominance si marquée des femmes s'explique aisément. Toute femme est une constipée, a-t-on dit. Or, nous le verrons, à l'origine de toute colite muco-membraneuse se retrouve la constipation.

On ne peut dire certes que toute femme soit une névropathe ; mais on peut le penser. Or le nervosisme est la base pathogénique de la colite.

Dire enfin que toute femme est atteinte de troubles ou de lésions génitales est évidemment exagéré. Mais le nombre en est grand. Or, nous le verrons, les rapports de ces lésions et de la colite sont des plus intimes.

Les antécédents héréditaires peuvent intervenir de deux façons.

Indirectement d'abord. Les neuro-arthritiques font souche de neuro-arthritiques. Or cet état diathésique est un facteur obligé, nécessaire, une cause puissante de colite.

Directement encore : et là se pose la question de la colite muco-membraneuse *familiale*. Il ne s'agit plus ici de la transmission d'une diathèse qui joue simplement le rôle de cause prédisposante, pouvant déterminer chez les des-

cendants des accidents quelconques d'arthritisme, la colite, comme la gravelle et la lithiase biliaire. Il s'agit de la transmission d'une prédisposition toute spéciale pour la colite, pour elle seule, de telle façon que de père en fils se retrouverait la maladie.

Cette transmission familiale a été invoquée par Wannebroucq ; il cite des familles dans lesquelles plusieurs générations ont été atteintes.

Nous tenons de Langenhagen deux observations assez curieuses de tels faits.

La première concerne une famille composée du père, de la mère et de trois enfants. Le père et la mère, arthritiques avérés, étaient depuis longtemps atteints de colite muco-membraneuse. Des trois enfants, l'aînée à l'âge de huit ans fut atteinte. Depuis quatre ans elle rejette des muco-membranes ; elle a enfin présenté des phénomènes d'acholie et de lithiase intestinale.

Le second, âgé de cinq ans, présente depuis près d'un an des symptômes très nets de colite avec constipation et rejet de muco-membranes.

Dans la seconde observation, le père à la suite d'entérite des pays chauds présentait tous les signes de la colite ; c'était du reste un migraineux.

La mère jadis avait été opérée d'appendicite. Or de leurs deux enfants, l'un avait succombé au cours d'une entérite et le second dès l'âge de six ans présentait déjà des phénomènes de constipation avec rejet de fausses membranes. Quant à la contagiosité de l'affection, le fait de Merland de Chaillé ne peut suffire à la prouver, pas plus du reste, que celui de Broca.

On a cité des cas où la colite était survenue à la suite d'entérites aiguës, les unes d'origine toxique, alimentaire ou médicamenteuse ; d'autres, d'origine infectieuse ; parfois encore il s'agissait d'entérites des pays chauds.

Une observation que nous venons de rapporter à propos de l'entérite familiale a trait à ce dernier cas.

Marfan nous a dit avoir fréquemment retrouvé chez les enfants atteints de colite muco-membraneuse des entérites aiguës antécédentes.

Dans un même ordre de faits il nous semble que l'on n'a pas suffisamment insisté sur la fréquence de la fièvre *typhoïde* dans les antécédents des malades atteints de colites. Or sur soixante observations qu'a bien voulu nous fournir notre maître Mathieu, nous retrouvons dix fois la fièvre typhoïde.

Cette proportion nous semble un peu trop forte pour que l'on puisse admettre une simple coïncidence fortuite ; ne pourrait-on y voir une relation de cause à effet ?

Citons encore pour mémoire les causes banales invoquées par les anciens auteurs : traumatismes, refroidissements et puerpéralité.

Pathogénie. — Nous ne ferons que rapporter ici la théorie de Guéneau de Mussy et de Maurice Raynaud qui admettaient la multiplication et la desquamation anormale des éléments épithéliaux de la muqueuse. Elle ne semble guère éclairer la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

De par son évolution essentiellement chronique, la colite semble ne pouvoir être considérée comme une maladie à point de départ infectieux. Seuls pourraient plaider en faveur de cette théorie les cas où elle succède à des entérites aiguës.

La théorie de Wannebroucq qui ne veut voir dans la maladie qu'une affection essentielle interstitielle du gros intestin ne semble viser que cette forme *grave* particulière que nous avons distraite de la colite vraie.

Reste la théorie admise de la plupart des auteurs, entre autres de Mathieu et deLangenhagen, qui veut faire avant tout de la colite une maladie diathésique et constitutionnelle sous la dépendance du neuro-arthritisme. Et de fait à l'origine de toute colite muco-membraneuse se retrouvent deux facteurs qui dominent la pathogénie de l'affection qui nous occupe, le nervosisme sous toutes ses formes et l'arthritisme.

Tous les malades sont des nerveux. Les uns sont de véritables hystériques, avec crises, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel, etc.

D'autres sont des neurasthéniques avérés (Debove).

La plupart enfin sont des névropathes simples. Ils rient, pleurent aisément, se troublent sans motif ; ils sont inquiets, chagrins, irritables.

Force nous est donc bien d'attribuer un rôle important au système nerveux dans l'explication pathogénique des phénomènes morbides qui constituent le syndrome colitique.

Nous n'en voulons pour preuve que ces crises paroxystiques se terminant par le rejet abondant de muco-membranes et qui évoluent en quelques heures, à la facon des crises d'asthme ou de coryza avec lesquelles elles alternent parfois, et qui relèvent évidemment d'une névrose sécrétoire spéciale. Comment expliquer ces troubles nerveux ?

Les auteurs allemands les subordonnent à une altéra-

tion fonctionnelle de tout le système cérébro-spinal. La chose nous paraît hypothétique.

S'agit-il d'un trouble nervo-moteur local périphérique? portant sur le système nerveux abdominal? C'est l'hypothèse la plus vraisemblable au dire de Lyon.

De la sorte se trouve expliquée avec la ptose qui l'accompagne, l'atonie intestinale, point de départ de toute la série d'accidents que nous avons étudiés et dont le premier en date est la constipation.

Comment interpréter d'autre façon ces crises spasmodiques, qui, par la suite, font leur apparition et alternent sans cesse avec les phases d'atonie intestinale? Mais il faut aussi faire intervenir la névropathie générale.

Les crises, dans nombre de cas, sont manifestement sous la dépendance du système nerveux général, à tel point que la moindre émotion, la plus petite contrariété peuvent se traduire aussitôt par une contraction spasmodique d'un segment intestinal.

Ce n'est point que nous pensions que ces spasmes ne puissent être le résultat de réflexes dont le point de départ serait la muqueuse intestinale irritée par les matières accumulées. Mais il est évident que l'éréthisme nerveux joue dans le phénomène un rôle sinon prépondérant, du moins très important.

Les perturbations du système nerveux ne frappent point uniquement le système nervo-moteur de l'intestin. Les nerfs trophiques eux aussi semblent profondément atteints.

Nous n'en voulons pour preuve que la ptose viscérale et pariétale qui, toujours pour ainsi dire, se retrouve dans la colite. Qu'est-ce donc autre chose en effet qu'un trouble trophique portant sur toute la sphère abdominale?

Au lieu donc de rechercher si c'est la ptose qui a causé la colite ou si inversement, c'est la colite qui a déterminé la ptose, il semble bien plus simple de les subordonner l'une et l'autre à une cause unique, une perturbation trophique du système nerveux abdominal.

Et cependant hâtons-nous de le dire, on ne peut dénier à la ptose viscérale un rôle parfois important dans l'apparition et l'évolution de certains symptômes de la colite.

Cette action, pour secondaire et accessoire qu'elle peut être existe pourtant. Nous en avons la preuve dans l'autopsie faite par Jagot (1) que nous relatons ici :

Le côlon transverse forme une anse à concavité supérieure reposant par son milieu sur la vessie, et ayant entraîné avec lui l'angle colique droit et le côlon ascendant. Le volume de cette partie du gros intestin n'est pas augmenté. L'angle colique gauche ou splénique n'est pas abaissé.

Du côté droit l'union du côlon ascendant abaissé et du cœcum se fait sous un angle très aigu de sorte que le cours des matières solides est difficile et qu'il s'est produit une dilatation énorme du cœcum.

Entre le cœcum distendu et le côlon ascendant existent sur une longueur de 8 à 10 centimètres des adhérences multiples dues à des péritonites partielles anciennes et qui mettent obstacle au cours des matières dans l'intestin.

Le côlon ne contenait que des matières délayées, le cæcum et le côlon ascendant des scybales.

Le rôle de la ptose dans ce cas est un rôle mécanique.

(1) *Archives médicales d'Angers*, 20 décembre 1897.

Par suite de la chute du côlon transverse son union avec les côlons ascendant et descendant peut se faire sous un angle très aigu, de telle sorte que le cours des matières peut être entravé.

La chute du côlon transverse agit encore d'autre façon. Plus marquée au niveau de la portion médiane dont les moyens de fixité sont moins grands, elle constitue une sorte de cupule très favorable à la stase des matières à ce niveau.

On sait d'autre part que la ptose viscérale s'accompagne toujours de ptose pariétale. La sangle abdominale s'en trouve relâchée et ne vient plus agir pour faire progresser les matières fécales et hâter leur expulsion.

Ce sont là tout autant de causes puissantes qui viennent augmenter la stase et la constipation engendrées déjà par l'atonie, voire même par le spasme de la paroi intestinale elle-même. Tel est, nous semble-t-il, le rôle de la ptose dans la colite muco-membraneuse.

Nous venons d'étudier les troubles trophiques du système nerveux abdominal. Les troubles sensitifs et secrétoires ne nous semblent pas moins établis. Les premiers se mafestent par ces douleurs profondes, spontanées et provoquées que nous avons étudiées.

Quant aux troubles sécrétoires ils se traduisent d'ordinaire par une hypersécrétion des glandes de l'intestin. Le fait a été constaté par Rothmann dans une autopsie au cours de laquélle il trouva une quantité vraiment extraordinaire de mucus dans les utricules glandulaires et même dans les cellules des glandes intestinales.

Mais comment avec cette hypersécrétion expliquer la

constipation opiniâtre, et la sécheresse extrême des matières rendues. Le professeur Potain suppose que par suite de la stase prolongée des matières et de l'irritation de la muqueuse, se produit une résorption intense des liquides sécrétés qui vient augmenter encore la constipation.

Nous en revenons donc en partie à la théorie de Mendelsohn (1) qui s'exprime à peu près ainsi : « La pathogénie de l'entérite est dominée par des troubles fonctionnels de l'innervation intestinale, troubles analogues à ceux qui provoquent chez les hystériques, la miction spasmodique, les vomissements incoercibles ou la salivation prolongée, et les troubles intestinaux une fois établis, deviennent le point de départ de futurs troubles nerveux ; dépression psychique, etc., etc.

Le phénomène dominant de la colite muco-membraneuse consiste donc pour nous en une perturbation de tout le système nerveux abdominal portant à la fois sur les nerfs moteurs sensitifs trophiques et sécrétoires.

Langenhagen tout en reconnaissant le bien fondé de cette théorie fait remarquer que les troubles nerveux de la sphère abdominale ne sont qu'une modalité de la perversion générale de tout le système nerveux.

A l'appui de son dire il cite l'observation suivante :

Chez une dame atteinte de colite muco-membraneuse j'avais pu observer plusieurs crises d'acholie ; or cette dame présentait des troubles variés indiquant une altération profonde du système nerveux : ses cheveux, bien qu'elle n'eut que trente-cinq ans, étaient complètement

(1) Mucous colitis a fonctionnal neurosis. *Medical Record*, 30 janvier 1887.

blancs et cela depuis dix ans déjà ; sa peau était sèche, écailleuse, offrant par places de larges plaques jaunes de lentigo. Elle avait de la dilatation d'estomac avec hypochlorhydrie constatée par l'examen chimique ; donc, insuffisance de sécrétion du suc gastrique comme de la bile. Depuis plus de vingt ans, avant même l'apparition des désordres gastro-intestinaux, elle avait remarqué chez elle une salivation presque continuelle. Enfin des poussées de gingivite, de la lithiase intestinale et urinaire, une métrite ancienne, une neurasthénie intense et une émotivité extraordinaire complétaient le tableau. Il y avait donc réellement, chez cette femme, une sorte de perversion générale du système nerveux portant à la fois sur les nerfs moteurs, sensibles, trophiques, sécrétoires surtout et dont le trouble fonctionnel du foie n'était probablement qu'une des nombreuses manifestations.

Le second facteur étiologique important de la colite est, avons-nous dit, l'*arthritisme*. Il est constant, Germain Sée et Mathieu le signalent expressément ; Malibran, Bottentuit ne l'ont jamais vu manquer.

Langenhagen va plus loin, il considère la colite comme un des attributs, un stigmate de la diathèse neuro-arthritique « à tel point, dit-il, que lorsqu'on aura à rechercher en clinique si un sujet est arthritique on devrait s'enquérir de cette manifestation intestinale tout aussi bien que de la goutte, de la gravelle, etc.

Et, de fait, dans toutes les observations que nous possédons la diathèse arthritique se retrouve toujours. Tantôt elle s'est déjà manifestée chez le sujet par de la colique hépatique et nous verrons plus loin combien cette coïnci-

dence de la colite et de la colique hépatique est fréquente ; la goutte, la gravelle sont moins fréquentes.

Quant à la migraine, sur soixante observations que nous avons pu recueillir, elle est dans huit cas le phénomène dominant de l'arthritisme. L'un de ces cas est particulièrement intéressant ; le voici :

Antoinette A.., mécanicienne, 52 ans, entre le 21 décembre 1898 pour colite muco-membraneuse.

Pas de crises de nerfs ; pas de stigmates d'hystérie, pas de neurasthénie, mais crises violentes de céphalées : douleurs localisées aux tempes et aux yeux ; tension et picotements aux globes oculaires ; photophobie ; hyperacousie ; nausées ; vomissements liquides pouvant aller jusqu'à trois litres par jour.

La durée des crises est de trois jours environ. La malade insiste sur cette particularité vraiment curieuse ; c'est que souvent ces crises alternent avec des poussées paroxystiques de colite. Cette alternance a, du reste, été signalée à propos de l'asthme et du coryza arthritique.

Nombre de malades voient se reproduire à échéances fixes, tantôt des crises d'asthme, et tantôt des poussées de colite.

Le professeur Potain nous a dit avoir souvent observé ce phénomène.

L'influence diathésique de l'arthritisme ne peut donc être révoquée en doute. Reste à savoir par quel processus il peut agir.

Nombreuses sont les théories sur ce point. La plus ancienne est celle qui subordonnait à l'état constitutionnel herpétique certains troubles de la sécrétion intestinale

déterminant les phénomènes de la colite muco-membraneuse.

Cette théorie a été celle de Gigot-Suard qui l'appelait herpétide exfoliatrice. William Simpson, Le Bret admettaient cette cause et Lancereaux faisait également jouer un rôle à l'herpétisme tout en faisant remarquer « que des concrétions muco-membraneuses peuvent se rencontrer dans plusieurs autres circonstances et en particulier dans les inflammations superficielles primitives ou secondaires de la muqueuse intestinale.

Baraduc se déclare partisan de cette théorie. Mais pour lui les troubles sécrétoires dus à l'arthritisme portent sur toutes les glandes de l'économie. Il s'agirait le plus souvent d'hyposécrétion.

C'est ainsi que la fonction cholagogue du foie serait ralentie ; on retrouverait cette oligocholie que les Anglais décrivent sous la dénomination de *foie torpide* ; la peau d'ordinaire serait sèche, les glandes sudoripares ne sécrétant que fort peu.

La salivation et jusqu'à la sécrétion gastrique seraient ralenties.Mais c'est principalement sur les glandes de l'intestin, du gros intestin en particulier, que s'observeraient ces troubles sécrétoires ; et l'hyposécrétion de ces glandes donnerait lieu à la dessiccation extrême des matières ; d'où leur stagnation.

Pour la même raison le mucus privé d'éléments liquides se concréterait pour former les muco-membranes et la lithiase intestinale. C'est de même façon du reste que se produirait la lithiase biliaire.

Cette théorie est un peu subversive. Elle ne tendrait à

rien moins qu'à renverser la théorie du ralentissement de la nutrition. On ne peut s'empêcher pourtant de la trouver séduisante.

A quelque opinion qu'on se range, un fait subsiste qui n'est contesté par personne, c'est l'action prépondérante de la diathèse neuro-arthritique dans la colite muco-membraneuse.

Reste maintenant à rechercher l'ordre dans lequel se produisent les accidents divers de la maladie et la façon dont ils sont subordonnés les uns aux autres.

Avec Germain Sée et G. Lyon nous admettrons que tous ces accidents reconnaissent pour origine l'*atonie* de l'intestin à quelque cause du reste qu'on la rapporte.

Cette atonie, à laquelle, le plus souvent la ptose vient fournir un appoint, ne tarde pas à engendrer la stase des matières. La maladie dès lors ne tarde pas à être constituée.

Le premier effet de la stase est de déterminer la résorption de la partie liquide des matières. Elles durcissent, deviennent ovillées et par leur contact prolongé déterminent l'irritation de la muqueuse ; cette irritation a pour premier résultat d'activer la résorption de la partie liquide des matières et d'aggraver encore la constipation. L'irritation progresse, ne tardant pas à déterminer les réflexes que nous avons étudiés en détail, réflexes d'autant plus intenses que l'on a affaire à des sujets particulièrement névropathes.

Le premier et le plus important se traduit par de violentes contractions spasmodiques de l'intestin.

Il ne s'agit point ici de mouvements péristaltiques qui auraient pour résultat l'expulsion des matières ; ces contractions se font sur place ; elles sont segmentaires, ne se produisant pas sur tout l'intestin, mais sur des portions seulement.

Ces spasmes peuvent être persistants, donnant lieu au phénomène de la corde colique ; souvent ils sont passagers et ne se produisent qu'au moment des crises douloureuses dont ils sont du reste la cause principale.

Cette rétraction spasmodique des parois intestinales sur des matières durcies, sur des scybales angulaires, porte à son comble l'irritation de la muqueuse ; les glandes réagissent alors en sécrétant de grandes quantités de mucus.

Toute la partie liquide de ce mucus ne tarde pas à se résorber ; les mucosités se concentrent en masses rubanées, en cylindres qui s'accolent aux parois de l'intestin.

Le plus souvent l'intestin distendu finit par réagir, les mouvements péristaltiques réapparaissent, la débâcle survient, qui vide l'intestin. Les mêmes phénomènes se reproduisent alors pour parcourir toujours le même cycle.

Il est des cas pourtant où la débâcle est lente à se produire ; les matières accumulées en masse l'oblitèrent peu à peu ; seuls quelques gaz et quelques éléments liquides se glissent encore le long des parois. Bientôt l'*obstruction* est complète et s'accompagne des phénomènes ordinaires : ballonnement extrême, vomissements, etc.

Le plus souvent, nous l'avons dit, tout se termine heureusement.

L'interprétation toute mécanique que nous donnons ici des crises d'obstruction ne nous semble pas suffisante

pour expliquer les crises *paroxystiques diverses* qui viennent perturber l'évolution chronique de la colite muco-membraneuse.

D'autres causes, semble-t-il, doivent entrer en jeu. Ne voit-on pas en effet ces crises survenir parfois à la suite de phénomènes de congestion abdominale, tels par exemple que la menstruation ?

N'avons-nous pas d'autre part signalé déjà l'alternance de ces crises avec des poussées congestives pulmonaires ?

Il nous faut donc ici introduire ce nouveau facteur étiologique : *la congestion*. Le phénomène, du reste, est banal dans l'arthritisme.

Tout arthritique est un congestif : congestions cérébrales, congestions pulmonaires, congestions viscérales quelconques font partie intégrante de la diathèse. Que la poussée congestive se fasse dans le territoire de la circulation abdominale, il n'en faudra pas davantage pour déterminer une crise intestinale plus ou moins aiguë.

C'est dans ce fait, croyons-nous aussi, qu'on trouvera l'explication de la corrélation si fréquemment signalée de crises de colite avec certains troubles hépatiques, stomacaux et surtout utéro-ovariens.

Cette corrélation nous la rencontrons dans un grand nombre d'observations.Nous n'en citerons qu'une, la plus typique. Nous la devons à notre maître Dreyfus-Brisac.

Mlle L..., 19 ans, constitution vigoureuse. Nervosisme peu marqué. A toujours été mal réglée. Colite muco-membraneuse remontant à deux ans environ ; constipation habituelle, rejet de muco-membranes, etc. Point douloureux constant au niveau de l'angle du côlon à gauche ; point

douloureux inconstant au niveau de l'angle droit du côlon. Point douloureux au niveau du cæcum, existant seulement au moment des crises et pouvant faire croire à de l'appendicite.

Les crises paroxystiques sont violentes, se terminant par des évacuations abondantes de muco-membranes.

Fait important : *ces crises coïncident toujours exactement avec les périodes menstruelles*. Amélioration par le régime sévère et les douches chaudes.

Certes les différentes données étiologiques mises en avant jusqu'ici peuvent rendre compte des crises paroxystiques non fébriles de la colite muco-membraneuse.

Mais comment expliquer les *poussées fébriles* signalées par Mathieu et constatées depuis si fréquemment. Force nous est bien d'admettre dans ces cas l'intervention d'une affection quelconque.

Certes nous avons refusé d'admettre la nature primitivement infectieuse de la maladie. Cela ne veut point dire qu'à aucun moment de son évolution elle ne puisse se compliquer d'infections secondaires.

Tout ne semble-t-il pas concourir à les faciliter ?

C'est, d'abord, l'état de la muqueuse irritée et dépouillée de son épithélium, non point sur une faible partie de sa surface seulement, mais parfois sur toute son étendue.

Que de portes d'entrée ouvertes à la pénétration des germes infectieux ; or ils sont légion. La stase des matières, les fermentations qui s'y produisent, font de l'intestin un merveilleux milieu de culture. Aussi les trouve-t-on par masses sur les mucosités.

Le coli-bacille y domine et peut-être doit-on lui attribuer une bonne part des accidents ? Comment nier, du

reste, le caractère infectieux de ces crises ; le début est brusque et s'accompagne d'épistaxis, de céphalalgie, de courbature généralisée, tous phénomènes qui se retrouvent lors de l'invasion microbienne.

La fièvre apparaît bientôt, elle atteint rapidement 39 et 40 ; l'état général s'altère rapidement prouvant jusqu'à l'évidence le caractère infectieux de la crise.

Il est des cas pourtant où ces crises aiguës, fébriles, ne se produisent jamais pendant toute la durée de la colite muco-membraneuse.

Seules apparaissent des poussées s'accompagnant de malaise général, de prostration, de courbature, plus souvent la fièvre ne se montre pas ou bien est très légère. Et pourtant l'état général empire de jour en jour ; le malade s'amaigrit, sa faiblesse s'accroît, il n'est plus capable d'aucune énergie, d'aucun travail prolongé ; son teint devient jaunâtre ; il finit par tomber dans un état de cachexie complète.

C'est dans ces cas semble-t-il que l'auto-intoxication doive être mise en cause.

Par suite de fermentations intestinales prolongées l'organisme s'imprègne peu à peu de substances toxiques qui ne tardent point à l'altérer ; la langue est sale, la courbature apparaît ; les malaises sont fréquents et l'état général finit par devenir précaire.

Il nous reste à examiner quelques points importants de l'histoire de la colite que nous avons écartés jusqu'ici à cause des problèmes d'interprétation qu'ils soulèvent ; je veux parler des rapports de la colite muco-membraneuse avec les affections du foie, du rein et surtout des organes génitaux chez la femme.

CHAPITRE V

Troubles hépatiques au cours de la colite.

Les troubles hépatiques qui se rencontrent au cours de la colite sont variés et susceptibles d'interprétations fort diverses.

Et d'abord, le foie peut être déplacé, nous avons déjà signalé le fait qui est loin d'être constant.

Il peut par exception être congestionné et déborder le rebord costal. Le plus souvent, comme l'a dit Mathieu, on le trouve rétracté. Cet état de rétraction est, du reste, de règle dans tous les états dyspeptiques.

Le foie peut être douloureux et il n'est pas rare de déterminer une douleur très vive en comprimant sa face inférieure au niveau de la vésicule biliaire.

Les troubles fonctionnels sont de diverses sortes. Glénard leur attribue une grande importance. Il a même créé un mot « l'hépatisme » pour désigner cette viciation du foie qui pour lui serait la cause intime et profonde de tous les accidents de la colite.

Van Swieten (1) avait déjà pensé qu'il fallait chercher la cause de la colite dans l'hyposécrétion de cet organe.

Pour lui la diminution de l'apport de la bile dans le tube digestif entraînerait une paresse intestinale telle qu'elle

(1) Potain, *Semaine médicale*, 1887, p. 341.

expliquerait l'apparition de la constipation et tous les troubles consécutifs.

Baraduc signale cette hypocholie permanente, cette torpidité du foie ; mais il pense que cette diminution de sécrétion biliaire est fonction de la diathèse arthritique et s'accompagne d'une hyposécrétion intestinale, qui, elle, est la vraie cause des accidents caractérisant la colite muco-membraneuse.

L'acholie peut être complète. Chez quatre malades Langenhagen a observé d'une façon très nette la décoloration des fèces, survenant par périodes intermittentes et durant un temps variable de quelques jours à plusieurs semaines.

« Comme, ajoute Langenhagen, cette décoloration des matières ne s'accompagnait d'aucun ictère ni d'aucun signe indiquant une affection hépatique, force est bien d'admettre que chez ces malades, pour une raison quelconque la fonction cholagogue du foie était ralentie, que la bile à certains moments n'était plus sécrétée. »

Le caractère transitoire de ce phénomène suffit à établir son origine purement nerveuse et nullement organique. L'observation suivante en est la confirmation.

Une malade, arthritique renforcée, diabétique, graveleuse, sujette aux migraines et aux sciatiques, avait depuis quatre ans des périodes d'acholie auxquelles succédaient immédiatement d'autres périodes pendant lesquelles, au contraire la bile semblait être sécrétée en plus grande quantité que normalement et où les fèces étaient constamment colorées en vert foncé ; il n'y avait donc jamais chez cette malade équilibre dans la fonction biliaire, qui était tantôt activée, tantôt ralentie.

Ne sont-ce pas là des phénomènes relevant à n'en pas douter d'un trouble purement nerveux (1) ? Ce trouble doit-il être attribué à l'état névropathique général du sujet ou à un réflexe parti de l'intestin malade?

La seconde hypothèse nous paraît répondre davantage à la réalité.

Potain tout en ne se prononçant pas nettement sur le fond même de la question fait remarquer combien souvent se retrouvent au cours de la colite les crises de lithiase biliaire.

On a même vu les crises paroxystiques alterner avec les coliques hépatiques.

Certes on peut mettre ces phénomènes sur le compte de la diathèse neuro-arthritique et nul doute qu'elle ne joue un rôle important dans la corrélation de ces faits. Il semble pourtant que l'on doive invoquer l'action d'un autre facteur étiologique : l'infection.

Certes la lithiase biliaire est un trouble subordonné au ralentissement de la nutrition, mais la tendance actuelle est de faire intervenir l'infection comme cause déterminante.

Comment dans les cas de colite pourrait s'expliquer l'infection. Serait-ce par propagation directe ?

Les agents infectieux partis de la muqueuse intestinale au niveau du coude droit du côlon traverseraient dans ce cas les parois de cet organe, pour se glisser ensuite le long des lymphatiques jusqu'aux voies biliaires avoisinantes ?

Cette théorie qui a été soutenue à propos des lésions

(1) LANGENHAGEN.

utéro-ovariennes et de la ptose rénale nous paraît un peu hypothétique.

La théorie inverse qui veut ne voir dans la colite autre chose qu'une infection propagée des voies biliaires à l'intestin nous paraît radicalement fausse par ce fait que la colite ne peut être considérée comme une maladie d'origine infectieuse. Nous nous sommes expliqué sur ce point.

Reste une dernière explication que ne semble pas rejeter absolument le professeur Potain.

Cette théorie, partant de ce principe que l'irritation intestinale gagne peu à peu l'intestin grêle, tend à admettre que cette irritation et la flore microbienne qui en est le corollaire obligé se propagent par la voie ascendante tout le long du canal cholédoque et peuvent ainsi déterminer la lithiase biliaire.

Ce sont là du reste de simples suppositions qui demandent à être confirmées. Un seul fait subsiste : l'influence indubitable de la diathèse arthritique.

CHAPITRE VI

Colite et Néphroptose.

Les déplacements du rein au cours de la colite s'observent plus communément encore que les troubles hépatiques, à tel point que certains auteurs n'ont pas hésité à édifier sur ce fait toute une théorie pathogénique de la colite. La chose nous semble au moins exagérée.

Cette coïncidence des deux affections peut, croyons-nous, s'expliquer de toute autre façon que par une relation de cause à effet.

Dans toute ptose abdominale, dans la ptose banale de Glénard, le rein peut se trouver déplacé.

Or n'est-il pas naturel que ce phénomène se retrouve dans la colite, qui, nous l'avons vu, n'évolue guère que chez les ptosiques. L'état névropathique suffit du reste à rendre compte de ces faits.

Le professeur Potain ne trouve point satisfaisante cette théorie. Ses idées sur la question du rein flottant sont particulières et nous tenons à les rapporter.

Rejetant nettement toutes les causes banales invoquées jusqu'alors, telles que le port du corset, les chutes, l'amaigrissement, etc. le professeur Potain met en cause l'infection. Le rein, dit-il, est maintenu en place par la capsule cellulo-adipeuse qui l'entoure. Que cette capsule vienne à

s'enflammer, ses fibres se relâchent et le rein n'étant plus maintenu, s'échappe entraîné par la pesanteur.

Mais comment alors interpréter la prédominance si marquée de ce déplacement à droite ?

Avec la théorie mécanique la chose était fort simple ; le foie, par compression déterminait la ptose. Pour Potain cette fréquence de déplacement à droite tient à deux causes.

La première n'est autre que le voisinage des voies biliaires. On sait combien sont communes les inflammations ou infections de ces conduits. La propagation inflammatoire à la capsule cellulo-adipeuse du rein ne tarde pas à se produire. Elle gagne la région la plus proche ; c'est-à-dire la partie toute supérieure de cette capsule, déterminant en ce point une sorte de raréfaction et de relâchement de son tissu. Le rein devient donc libre à sa partie supérieure ; seule la moitié inférieure de la capsule le maintient et le fixe dans une sorte de nid. Que la pression du foie vienne alors à se faire sentir et l'extrémité supérieure du rein basculera en avant de façon à se présenter à la main qui le palpe et cette extrémité arrondie et saillante en avant sera prise souvent pour une vésicule tuméfiée.

Parfois aussi à l'occasion d'un choc un peu violent le rein énucléé de sa logette sera précipité dans l'abdomen dans lequel il flottera au hasard.

La seconde cause de déplacement du rein droit provient au dire du professeur Potain d'une disposition anatomique spéciale : le peu de longueur du méso-côlon au niveau du coude droit du côlon transverse. La propagation inflammatoire sera facilitée d'autant.

Mais cette fois c'est la portion toute inférieure qui sera envahie la première ; le rein manquant alors de point d'appui au niveau de sa base se déplacera par glissement cette fois entraîné par son propre poids et s'abaissera dans la fosse iliaque. C'est là le phénomène que l'on observe si fréquemment au cours de la colite muco-membraneuse.

L'ingéniosité d'une semblable théorie n'échappera à personne.

CHAPITRE VII

Des rapports de la colite avec les lésions utéro-ovariennes.

Nonat (1) fut le premier à signaler la coexistence des lésions utéro-ovariennes et de la colite muco-membraneuse. « La colite, dit-il, est un symptôme de voisinage que l'on retrouve dans nombre d'affections de l'utérus et de ses annexes ; mais plus particulièrement dans la métrite et dans les phlegmasies péri-utérines. »

Findley, Lissen et Siredey ne firent que confirmer les idées de Nonat. Depuis lors les recherches de Poirier sur les lymphatiques de l'utérus permirent à Letcheff et à Morau de soutenir d'ingénieuses théories sur l'origine inflammatoire de la colite par propagation d'une inflammation, partie des organes génitaux. Monod, Ozenne et Pichevin se rangèrent à cet avis.

A notre époque il n'est plus possible de nier les liens étroits qui unissent les deux affections.

Il est rare en effet qu'une femme atteinte de colite membraneuse ne présente quelque accident du côté de la matrice ou ses annexes.

Ce peuvent être de simples troubles de menstruation, parfois de la métrite ; souvent de l'ovarite. Baraduc in-

(1) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1860.

siste vivement sur la fréquence des lésions de l'ovaire droit. Quant au prolapsus il fait partie intégrante de la ptose généralisée.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rapporter quelques observations typiques de ce genre.

Nous les devons à la bienveillance de notre maître M. Dreyfus-Brisac.

Mme B.., 42 ans, névropathe métrite postpuerpérale avec accidents graves péritonitiques à trente ans. Depuis cette époque, colite glaireuse avec dyspepsie gastro-intestinale, amélioration considérable par lavements et injections chaudes des troubles utérins et abdominaux.

Mme P...,21 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Manifestations d'entérite glaireuse au début de sa première grossesse, ayant rapidement disparu sous l'influence de lavements tièdes.

Recrudescence légère un an après, au début d'une deuxième grossesse. Troisième grossesse un an après sans nouvel incident abdominal.

Mme L..., 40 ans, névropathe renforcée (crises hystériques et épileptiques). Métrite ancienne avec pertes blanches et douleurs dans le bas-ventre.

Colite glaireuse, ayant débuté à l'âge de 38 ans, caractérisée par des selles muqueuses avec alternatives de constipation et de diarrhée.

Douleurs abdominales spontanées ; point douloureux au niveau de l'angle gauche du côlon transverse.

Recrudescences coïncidant avec les exacerbations de la

métrite. Amélioration notable par le régime et une cure à Plombières.

Mme R...,40 ans.Leucorrhée très tenace, colite glaireuse caractérisée par des douleurs dans le bas-ventre, point douloureux au niveau de l'angle du côlon du côté gauche. Amélioration par les injections et les lavements très chauds.

L'observation suivante nous paraît particulièrement intéressante.

Il s'agit d'une femme, Mme M..., 37 ans, couturière.

Neurasthénique avérée, elle rendait depuis fort longtemps des muco-membranes dans ses selles, à la suite de crises paroxystiques violentes. Or ces crises coïncidaient avec des violentes poussées de *dysménorrhée membraneuse*.

Le fait avait déjà été signalé par Findley (1) d'abord, puis par Monod (de Bordeaux), enfin par Langenhagen.

La coïncidence est curieuse et l'on se demande s'il n'y a point similitude entre les deux affections.

Il n'y a point que les lésions infectieuses ou inflammatoires de l'utérus et des annexes qui puissent coïncider avec la colite ; les tumeurs fibreuses, le prolapsus utérin ; les déviations sont fréquemment notées.

De tous ces faits, — Letcheff n'hésite pas à conclure à la subordination absolue de la colite aux troubles génitaux. Mais il distingue deux sortes de colites, l'une d'origine mécanique, l'autre d'origine infectieuse.

La première reconnaîtrait pour cause la compression

(1) *Amer. Journal of med. Scienc.*, janvier 1897.

simple déterminée sur l'intestin par certaines lésions des organes génitaux ; c'est ainsi que dans l'antéversion par exemple, le col de l'utérus viendrait buter sur le rectum et y déterminer de la coprostase qui plus ou moins prolongée, finirait par produire des lésions intestinales.

Dans la rétroversion c'est le corps qui vient appuyer sur le rectum. Les fibromes agiraient de même. Quant aux pyo et hydrosalpinx indépendamment de leur action infectieuse ils pourraient aussi agir par leur masse.

La colite infectieuse se fait au dire de Letcheff, par propagation lymphatique. Normalement les lymphatiques de l'utérus se divisent en trois groupes ; le groupe supérieur et le groupe moyen se rendent l'un et l'autre au plexus iliaque.

Que survienne une lésion inflammatoire des annexes ou de l'utérus, des adhérences intimes ne tarderont pas à se produire avec les organes voisins ; à la vessie (1) et au rectum. « Or, dit Poirier, ces adhérences sont presque uniquement formées d'un admirable réseau lymphatique. » Il y aura continuité entre les systèmes lymphatiques des deux organes ; nul doute que dans un tel état de choses la propagation de l'un à l'autre ne soit très facile, nécessaire même (Letcheff). Et à l'appui de sa théorie, l'auteur cite un cas où les mêmes bactéries furent retrouvées dans les muco-membranes de l'intestin et les sécrétions utéro-vaginales.

Certes la théorie de Letcheff est séduisante. Pourtant cette propagation inflammatoire qu'il invoque porte seulement sur un point relativement restreint de l'intestin,

(1) Raymond, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p.253.

rectum ou partie inférieure du côlon descendant ; on ne voit donc pas comment elle pourrait engendrer une lésion étendue de l'intestin, telle qu'on la trouve dans la colite muco-membraneuse. Du reste n'avons-nous pas, par définition même, refusé à cette dernière toute origine infectieuse.

Peut-être donc la lésion inflammatoire utéro-annexielle pourra déterminer des poussées irritatives infectieuses au cours de la colite ; mais en aucun cas, pensons-nous, elle ne pourra être la cause primordiale de la maladie.

Quant à la théorie mécanique elle nous semble pouvoir en certains cas créer de la constipation plus ou moins opiniâtre, mais rien de plus.

Et pourtant les lésions génitales peuvent avoir un retentissement sur l'évolution de l'affection intestinale. C'est ainsi qu'on a vu souvent des poussées de colite survenir à l'occasion de crises utérines.

N'avons-nous pas signalé plus haut le fait chez une jeune fille ? A chaque époque menstruelle survenait un paroxysme intestinal.

Nous pensons avec notre maître Dreyfus-Brisac, qu'il ne doit s'agir ici que de simples phénomènes congestifs. A l'occasion des règles, sous l'influence de poussées inflammatoires aiguës si fréquentes dans l'évolution des maladies des organes génitaux, se produisent des perturbations circulatoires importantes dans toute la sphère abdominale. Il n'en faudra pas davantage pour déterminer sur la muqueuse intestinale congestionnée une irritation vive, se traduisant par des douleurs et des troubles sécrétoires plus ou moins marqués.

Il est un autre mécanisme qui explique comment les lésions utérines peuvent avoir une influence aggravante sur l'évolution de la colite. On connaît, en effet, la répercussion intense de ces lésions sur le système nerveux général d'une part, et sur le tube digestif d'autre part, par suite de réflexes encore mal expliqués.

Que ces phénomènes viennent à se produire chez une colitique déjà profondément frappée dans sa constitution nerveuse, et dans son système digestif, la marche de la maladie en sera profondément aggravée, on le conçoit.

En résumé l'action des lésions utéro-annexielles est évidente sur l'évolution de la colite muco-membraneuse ; mais en aucun cas elle ne pourra être érigée au rang de cause directe de la maladie.

CHAPITRE VIII

Rapport de l'appendicite et de la colite muco-membraneuse.

Nous ne rappellerons pas ici les discussions sans nombre qui se sont élevées à propos de la pathogénie appendiculaire, depuis que le professeur Dieulafoy souleva la question à l'Académie de médecine.

Des controverses plus ou moins violentes qui en découlèrent un fait semble se dégager : *l'appendicite n'est pas entité morbide univoque* ; l'appendicite n'est pas *une*, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Elle résulte de conditions multiples et variées se traduisant par des lésions diverses.

Aux appendicites de *cause locale* il nous faut ajouter les appendicites par propagation et les appendicites de cause générale. De ces dernières nous ne parlons pas, elles ne nous intéressent guère ici.

Appendicite de cause locale.

Par appendicite de cause locale nous entendons avec Legueu (1) l'appendicite déterminée par la présence de

(1) Legueu, *Monographie sur l'appendicite* (Masson).

corps étrangers, calcul stercoral, noyau, etc., etc. dans le calibre de l'appendice qui, de ce fait, se trouve oblitéré.

Deux théories pathogéniques cherchent à expliquer les phénomènes morbides qui en résultent.

Théorie de Talamon. — Voici en quoi consiste la théorie. Des *scybales* se forment dans le cæcum. Sous l'influence d'une contraction intestinale un de ces corps étrangers s'engage dans l'appendice, y pénètre et s'enclave. De là deux conséquences : d'une part oblitération de l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cæcum ; de l'autre compression des parois de l'appendice et gêne de la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. L'oblitération de l'orifice entraîne comme conséquence l'accumulation des produits de sécrétion glandulaire, de la distension de l'appendice ; la compression des vaisseaux amène la diminution de vitalité de l'organe (Legueu). Les microbes alors, impuissants contre des éléments sains, triomphent aisément de ces éléments privés du liquide sanguin nourricier ; ils envahissent et perforent la paroi.

Théorie de Dieulafoy. — Le professeur Dieulafoy admet, lui aussi, comme cause nécessaire, l'oblitération du canal appendiculaire. D'où formation d'une *cavité close*. Le canal appendiculaire une fois oblitéré, les microbes de l'appendice qui étaient inoffensifs comme tous les microbes de l'intestin à l'état libre, ces microbes emprisonnés vont exalter leur virulence ; ils vont devenir un foyer d'infection dont le coli-bacille et le streptocoque sont les principaux agents : l'appendicite est constituée.

Mais un tel mécanisme ne peut s'appliquer à tous les faits. Il est, en effet, des cas où l'appendice est perméable ; il y a des appendicites sans cavité close.

Dans ces cas les altérations de l'appendice peuvent revêtir deux aspects différents. Tantôt l'appendice apparaît tuméfié, la muqueuse irritée semble boursouflée, avec, dans ses parois, des exsudats sanguins, indices d'une inflammation catarrhale. Cette sorte de catarrhe simple appendiculaire est du reste fort rare et n'est qu'un acheminement vers la véritable forme : *folliculite de l'appendice.*

Les lésions folliculaires dans ces cas consistent en une hypertrophie avec infiltration profonde. Tout autour la muqueuse semble atrophiée ; la propagation inflammatoire se fait le long des lymphatiques de la sous-muqueuse vers la couche sous-péritonéale. Bientôt les vaisseaux subissent une diapédèse considérable ; les cellules lymphatiques s'accumulent au sommet de l'anse vasculaire. Les vaisseaux se thrombosent, le centre du follicule se nécrose et ainsi se constitue l'abcès miliaire initial.

Tel est le résultat des recherches de Quénu, de Pilliet et Costes, de Siredey et Leroy.

De telles lésions, on le conçoit, ne peuvent relever que d'une cause infectieuse.

Or quelles peuvent en être les voies de pénétration ?

La voie sanguine, certes, peut être mise en cause. Mais combien plus naturelle semble la pénétration directe des germes venus du cæcum, à travers l'orifice appendiculaire.

Aussi cette propagation de l'infection du cæcum vers l'appendice, est-elle admise par un grand nombre d'auteurs, Talamon, Brun, Reclus, Fages (1), Mathieu, Rendu, Siredey, Legendre, Walther, pour ne citer que ceux-là.

(1) FAGES, *Semaine médicale*, 1896, p. 111.

Où trouver du reste, un organe mieux disposé que le cæcum, pour favoriser la pullulation microbienne ?

Le cæcum, pour peu qu'il y ait stagnation prolongée des matières n'est-il pas un vase clos ? L'expérimentation, du reste, et la clinique, viennent confirmer la théorie.

L'expérimentation d'abord : Beaussenat ayant fait ingérer à des lapins de la viande putréfiée détermina chez eux, au bout de six à sept jours une diarrhée fétide liquide et noire; avec parfois, émission de sang par l'anus.

Or chez tous il constata les lésions suivantes : la muqueuse cæcale était rouge et épaissie, tous le gros intestin était vascularisé, et l'on remarquait quelques ulcérations légères en coups d'ongle. L'*appendice* très volumineux, très vascularisé présentait aussi de petites ulcérations. Il était parsemé extérieurement de petits points blanchâtres, gros comme des grains de blé.

Ces petits abcès, qui soulevaient la séreuse faisaient également saillie sous la muqueuse. Les follicules clos étaient très saillants.

L'inflammation, dit Beaussenat, semble débuter par des exulcérations de la muqueuse, et secondairement gagne les follicules.

L'observation rapportée par Reclus vaut une expérience : une malade, à la suite d'un lavement au sublimé présente, pendant plusieurs jours des signes violents d'une inflammation du gros intestin. Elle était guérie depuis huit jours de sa rectite lorsque se manifestèrent des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque, composant le cortège symptomatique de l'appendicite. L'inflammation de l'intestin avait gagné l'appendice ; l'appendicite succédait à la colite.

Les observations analogues ne sont pas rares. C'est fort souvent, qu'au cours d'entérites aiguës les complications appendiculaires ont été signalées, dans la fièvre typhoïde par exemple ou la dysenterie (Lewis, Stimson, Kinnicut).

Toutes ces considérations sur la pathogénie de l'appendicite nous permettront de saisir aisément les rapports qui peuvent exister entre la colite muco-membraneuse et l'appendicite.

Mais d'abord ces rapports existent-ils? Certains auteurs n'hésitent pas à les nier absolument.

Le professeur Dieulafoy champion de la théorie du vase clos est de ce nombre. Et pourtant dès l'année 1891 M. Jules Simon dans le *Bulletin médical* faisait remarquer combien souvent les attaques d'appendicite sont précédées de troubles gastro-intestinaux.

Reclus en 1896 publiait pour sa seule part dix-sept cas d'appendicite au cours de la colite. Depuis, le nombre des observations sur ce sujet augmente chaque jour. Talamon, Mathieu, Walther, Jalaguier, Brun, Julié, Mayer en apportent de nouvelles.

Vorbe (1) dans sa thèse en a recueilli 27. Les trois que nous rapportons ici sont particulièrement instructives.

Nous devons la première à l'obligeance de M. Mauclaire :

OBSERVATION. — *Entérite muco-membraneuse et appendicite.*

Malade âgée de 31 ans. Il y a 5 ans, crise de vomissements avec douleurs dans la fosse iliaque droite. Douleurs il a trois ans dans les fosses

(1) VORBE, thèse Lyon, 1889.

iliaques droite et gauche et dans la région épigastrique. L'entérite muco-membraneuse a été diagnostiquée il y a un an seulement. Constipation très fréquente, mauvaise digestion, amaigrissement très marqué, insomnie, légère neurasthénie. Examinée le 6 janvier on trouve une douleur très nettement localisée au niveau du point de Mac-Burney. Le toucher vaginal ne fournit aucune indication particulière. Opération le 1er février. L'appendice est trouvé un peu gros, mais sans lésion apparente ; pas d'adhérence au pourtour. Guérison opératoire.

Nouvel examen il y a six semaines. Douleurs encore légères à gauche. Douches froides, lavements chauds faits avec une longue canule rectale. Régime carné et lacté. Nouvel examen le 9 mars. Disparition des douleurs, plus de point douloureux à la pression, plus de neurasthénie, mais quelques peaux encore dans les matières fécales.

L'examen histologique de l'appendice n'est pas encore terminé.

Observation de Brun. — Enfant de 15 ans, père colitique, lui-même depuis plusieurs années rend dans les selles des muco-membranes. Appendicite légère chronique. L'appendice est enlevé. On lui trouve des lésions de folliculite.

Observation due à l'extrême obligeance de M. le Dr Beurnier.

Je fus appelé vers la fin du printemps de 1898 auprès d'un de mes confrères, le docteur X.., qui venait d'être pris d'une attaque d'appendicite. Cette attaque était très légère. La douleur existait très nettement au point de Mac-Burney, mais relativement peu vive ; il n'y avait aucune trace de retentissement péritonéal, pas le moindre ballonnement du ventre, pas de température et pas d'augmentation de fréquence du pouls. De plus, le facies était normal, et le malade n'avait aucune envie de vomir. Une chose était à noter, c'est que tout le gros intestin était fortement dilaté et présentait une certaine sensibilité sur tout son parcours. La palpation ne révélait rien de particulier au siège de l'appendice, mais faisait constater sur tout le trajet du gros intestin moins de souplesse que chez un sujet à gros intestin normal ; il semblait que cet organe était comme un peu induré, comme entouré d'une sorte de gangue épaississant ses parois.

Je connaissais le Dr X... depuis longtemps et je l'avais toujours, depuis près de 20 ans, entendu se plaindre de troubles stomaco-intestinaux. De plus, depuis trois ans au moins, il présentait très nettement tous les signes de la colite muco-membraneuse, selles glaireuses, diarrhée fréquente, surtout après les changements d'habitudes, dîners en ville notamment, mais jamais de constipation jusqu'à il y a deux ou trois mois. Dans ces derniers temps, les selles glaireuses et muco-membraneuses, qui auparavant n'apparaissaient qu'à intervalles de quelques jours, sont constantes. Depuis une dizaine d'années, neurasthénie très accentuée.

Devant la bénignité des symptômes appendiculaires, je conseillai, bien entendu, l'expectation au point de vue opératoire, et je prescrivis la diète, l'opium à l'intérieur sous la forme d'extrait thébaïque et des applications locales de glace.

Les 4 jours suivants, la douleur locale persiste, toujours sans aucune réaction générale et sans extension péritonéale. Notre confrère souffre peu spontanément dans la région appendiculaire, et le point de Mac-Burney n'est révélé que par pression; mais il se plaint d'une souffrance assez vive et continue dans la partie postéro-externe de la région de la hanche et au pli de l'aine. La palpation et la percussion ne donnent rien de nouveau pendant ce temps; mais le 5e jour on perçoit nettement dans la région appendiculaire un empâtement circonscrit, du volume d'une grosse noix environ, et qui diminue ensuite de jour en jour. Au bout de 3 semaines, tout avait disparu et il ne restait plus qu'une très légère sensibilité au point de Mac-Burney à une pression profonde.

Mais, au moment où tout phénomène appendiculaire avait disparu et où on pouvait considérer le malade comme convalescent de son appendicite, il commença à souffrir assez violemment sur tout le parcours de son gros intestin, surtout au niveau du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse. Les digestions étaient très pénibles, quoique non accompagnées de vomissements, et la fermentation intense. Les gaz se développant et circulant dans le gros intestin étaient la cause de douleurs vives, dont notre confrère indiquait très nettement le point de départ au cæcum et le trajet suivant

celui du gros intestin. Les selles étaient fort difficiles, amenées seulement par des lavements et étaient constamment accompagnées de glaires et suivies d'une émission de liquide jaunâtre et mousseux. Les choses restaient en l'état, quelles que fussent les précautions prises pour l'alimentation (aliments non fermentescibles, viandes blanches pilées et passées, purées, etc.). Notre confrère souffrait surtout lorsqu'il était debout, et il lui arrivait souvent d'être obligé de se recoucher. Quand il voulait essayer de sortir, il se voyait forcé de renoncer à la marche au bout de quelques pas et de rentrer ; à peine pouvait-il le plus souvent aller de sa chambre à coucher à son cabinet de consultation.

La situation se modifia peu pendant deux mois, avec quelques périodes de légère amélioration et d'autres périodes de souffrances plus violentes, pendant lesquelles le malade était obligé de garder presque entièrement le lit. Rien ne s'était manifesté de nouveau du côté de l'appendice jusqu'au commencement de juillet, où les phénomènes légers et bâtards qui avaient primitivement fixé notre attention reparurent : légère douleur, léger empâtement au point de Mac-Burney sans aucune réaction péritonéale ni générale. Repos au lit, glace, extrait thébaïque. Au bout d'une quinzaine, tout avait disparu de ce côté ; mais les symptômes intestinaux continuèrent, et le malade restait incapable de sortir et même certains jours de se lever.

Le docteur Faisan et le docteur Guinon le voient avec nous et conclurent tous deux à l'ablation de l'appendice, devant laquelle le malade recula.

Tout resta en l'état jusqu'à la fin d'octobre, où de nouveaux phénomènes légers d'appendicite se déclarèrent, enrayés rapidement comme les deux premières fois. Il sembla peut-être ensuite y avoir un peu d'amélioration du côté des selles muco-purulentes ; mais dans les mouvements et les essais de marche, le malade ressentait une douleur continue avec exacerbations, limitée exactement le long du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse toujours très dilatés, semblant indurés et non souples au palper. Mon diagnostic formel était que l'appendice, enflammé à la suite et par propagation de la colite muco-membraneuse, mais redevenu froid, n'était que pour très peu de chose dans les troubles actuels et que la principale cause en était l'exis-

tence d'adhérences épiploïques avec le gros intestin malade depuis longtemps. Je conseillai alors l'intervention, surtout pour libérer l'intestin de ces adhérences ; bien entendu, on enlèverait, chemin faisant, l'appendice, dont les lésions pourraient s'aggraver par la suite.

J'eus à ce propos une consultation avec le docteur Walther et le docteur Guinon, qui conseillèrent tous deux l'intervention comme étant le seul traitement qui pût permettre au malade de reprendre ses occupations.

Notre confrère finit, devant l'évidence, par se ranger à notre avis, et l'opération fut pratiquée au commencement de mars 1899 à la maison Dubois par le docteur Walther, qui me pria de l'assister. L'ablation de l'appendice, en situation postérieure, fut facile ; l'organe paraissait normal ; il ne contenait aucun corps étranger ni aucune concrétion stercorale, et les seules altérations qui y furent découvertes par le docteur Letulle furent des épanchements sanguins intra-pariétaux. L'épiploon était non pas seulement adhérent au côlon ascendant, mais complètement fusionné avec sa face interne, et de très nombreuses ligatures furent nécessaires pour l'en séparer et en réséquer une masse du volume du poing environ. Le côlon ascendant était enveloppé d'une véritable gangue. Les suites de l'opération furent normales et la guérison rapide sans incident.

Actuellement, au commencement de mai, notre confrère va bien ; il a pu, sans douleur, sortir et aller en voiture et en chemin de fer ; mais la colite muco-membraneuse persiste, et il y aura lieu d'instituer encore contre elle un traitement sérieux et prolongé.

Il nous semble donc impossible de nier désormais les rapports étroits qui unissent les deux affections, colite et appendicite.

Une objection pourtant a été faite. On a prétendu que les troubles gastro-intestinaux qui précèdent si souvent l'appendicite devaient être mis à l'actif de l'appendicite elle-même. Et à l'appui de ce dire on fournissait des exemples où la cessation de tous les désordres, de tous les symp-

tômes colitiques avait été provoquée par l'ablation de l'appendice malade. Certes le fait a pu être observé ; mais combien plus nombreux sont les cas où la colite a persisté, parfois même, avec plus d'intensité qu'auparavant. Vorbe dans sa thèse en cite sept exemples. M. Brun nous a dit en avoir observé plusieurs cas.

Tout ce qu'on peut conclure c'est que dans certaines circonstances l'appendicite semblait entretenir la colite muco-membraneuse.

Les rapports de ces deux affections étant admis comment les expliquer ?

Nous avons dit que d'après Talamon l'appendicite pouvait être causée par une scybale tombée dans l'appendice : or nous avons dit fréquemment, au cours de cette étude, que la constipation était un des symptômes fondamentaux de la colite, et que les scybales encombraient le cæcum. Pourquoi s'étonner donc que, de ce fait, la colite puisse déterminer l'appendicite.

Une autre cause d'appendicite due à la colite peut résider encore dans la formation de ces graviers intestinaux qui, depuis Mathieu, ont été si souvent signalés. Baraduc nous a dit avoir observé un corps étranger de l'appendice constitué au centre par un de ces graviers enrobé de matières fécales.

Certes ce sont là des causes possibles d'appendicite. Et pourtant nous les croyons rares.

Voici pourquoi.

Ces sortes d'appendicite par obstruction du calibre appendiculaire, évoluent d'ordinaire par poussées suraiguës.

Or ce n'est point là l'évolution habituelle de l'appendicite au cours de la colite.

Le plus souvent, en effet, au dire de Talamon (1) et de Brun, il s'agit d'une inflammation appendiculaire chronique ; certes l'évolution en est traversée par des crises plus ou moins aiguës, mais l'état de souffrance abdominale est presque toujours continu.

C'est là, ajoute Talamon, un fait capital, et qui différencie à lui seul les rechutes de l'appendicite chronique des récidives. Cette forme chronique de l'appendicite s'observerait particulièrement chez les enfants.

Or si l'on vient à opérer ces appendicites chroniques, il est d'observation presque constante que l'on retrouve des appendices perméables, mais présentant ces lésions inflammatoires que nous avons signalées, catarrhe simple ou folliculites.

Ces deux formes, avons-nous dit, rentrent dans la classe des appendicites par propagation d'inflammation.

Force nous est donc bien d'admettre que c'est là le processus le plus ordinaire dans la colite.

On peut nous objecter qu'il est au moins bizarre qu'un tel processus soit déterminé par une maladie à laquelle nous nous sommes plu à refuser tout caractère originel infectieux. Aussi pensons-nous qu'il ne faut point incriminer ici la maladie elle-même, mais les infections secondaires qu'elle favorise de tant de façons.

Comme le dit si bien, en effet, notre maître Lucas-Championnière, si l'intestin s'encombre d'abord, il s'empoi-

(1) Talamon, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1897.

sonne ensuite. Le cæcum comblé de matières stagnantes joue le rôle de véritable vase clos, exalte la virulence des microbes, et en particulier du coli-bacille. Et cette source d'infection ne tarde pas à déverser ses produits septiques dans la cavité appendiculaire, cette fistule borgne interne comme l'appelle Reclus, si favorable elle-même à la pullulation des germes.

Il nous faut pourtant ici faire quelques réserves. Nous pensons, que nombre d'appendicites attribuées à la colite muco-membraneuse ne doivent point lui être reprochées.

Nous l'avons dit déjà, c'est à tort que l'on range dans le complexus symptomatique de la colite muco-membraneuse la forme grave aiguë que nous avons étudiée précédemment.

Il s'agit là, croyons-nous avec Baraduc, d'une maladie distincte, d'une sorte d'entéro-colite folliculaire, probablement d'origine infectieuse. De cette maladie, doivent relever bon nombre d'appendicites mises à tort jusqu'ici, sur le compte de la colite muco-membraneuse.

Reste à traiter une dernière question. L'appendicite peut-elle à son tour provoquer la colite ? Quelques observations tendraient à le prouver.

C'est d'abord l'observation rapportée par Czerny et Fenger (1). A la suite d'appendicite survint une parésie intestinale avec accumulation de matières dans le cæcum. Une entéro-colite muco-membraneuse en fut la conséquence.

M. Brun a bien voulu nous fournir un exemple analogue. Après l'ouverture de deux abcès appendiculaires dans le

(1) *Revue de chirurgie*, 1896, p. 320.

rectum survint une entéro-colite, qui guérit du reste, par suite de l'ablation de l'appendice.

Ces faits du reste sont peu nombreux et n'ont jusqu'ici reçu aucune interprétation satisfaisante.

Quant au diagnostic si important et si délicat entre l'appendicite vraie et les crises pseudo-appendiculaires de la colite il a été fait au diagnostic général ; nous n'y reviendrons pas.

De tous ces faits la conclusion est celle-ci : la colite est dans nombre de cas cause d'appendicite. Elle donne lieu le plus souvent à une appendicite chronique. Cependant hâtons-nous de le dire, la complication appendiculaire n'est pas d'une fréquence extrême, et aller jusqu'à dire que, pour prévenir un tel accident on doit débarrasser tout colitique de son appendice, est une sottise.

CHAPITRE IX

Diagnostic.

Nombreux sont les médecins qui ignorent presque totalement le tableau clinique de la colite muco-membraneuse. Aussi combien d'erreurs, que d'interprétations erronées des symptômes si divers auxquels donne lieu l'affection ?

Seul en effet le rejet des muco-membranes dans les selles est pathognomonique. Encore ce symptôme a-t-il pu parfois prêter à confusion. C'est ainsi qu'on a pu prendre des mucosités pour des oxyures, des ascarides (Debove), des fragments de tœnia, des membranes d'hydatides, des fragments d'intestin expulsés à la suite d'invagination.

Un examen attentif des matières suspectées, la concomitance des phénomènes morbides que nous avons étudiés lèvera tous les doutes en montrant qu'il s'agit simplement de mucus avec seulement quelques cellules endothéliales desquamées.

Le symptôme le premier en date dans l'évolution de la colite est d'ordinaire la constipation. Baraduc, à ce propos, insiste sur le diagnostic à faire avec la constipation cæcale chez l'enfant et surtout chez l'adulte.

Mais ce sont les douleurs qui, le plus souvent, appellent l'attention du malade.

Elles peuvent être confondues avec les douleurs de la

gastralgie ; mais le siège de ces dernières est l'épigastre, elles surviennent après l'ingestion des aliments, tandis que la douleur intestinale se montre surtout deux à trois heures seulement après le repas.

Lorsqu'au cours de la colite le côlon est dilaté il produit un bruit de clapotage pouvant être pris pour le clapotage de la dilatation de l'estomac ; le diagnostic est alors réellement délicat.

« Il n'est point exceptionnel, dit le professeur Potain, d'hésiter entre la colite et le cancer de l'estomac, tout bizarre que cela paraisse ; les troubles digestifs, la tuméfaction de l'épigastre, la teinte jaune paille peuvent en imposer.

« Un purgatif évacuateur et déterminant l'expulsion de muco-membranes permet alors le plus souvent de tranquilliser la famille. La déchéance vitale est parfois si prononcée, qu'on ne peut s'empêcher de penser à la tuberculose. »

L'entérite tuberculeuse surtout est souvent soupçonnée ; et ce n'est qu'après un temps assez long, quand la permanence de la constipation, la localisation et le caractère spécial de la douleur, l'absence de toute manifestation tuberculeuse dans un autre organe et par dessus tout la marche de l'affection font rejeter cette idée.

Le diagnostic est peut-être encore plus compliqué avec le cancer de l'intestin ; car la corde colique a pu être prise pour une tumeur néoplasique.

On nous a rapporté un fait de ce genre. Le malade devait être opéré ; heureusement avant l'opération il vint trouver notre maître Mathieu qui reconnut la colite muco-membraneuse.

Chauffard (1) insiste sur les difficultés que peut présenter en clinique le diagnostic différentiel entre la lithiase biliaire sans ictère, la colite vésiculaire et la colite muco-membraneuse. « La localisation sous-hépatique de la douleur, sa survenance par crises paroxystiques peuvent tromper si l'examen des fèces, la constatation des débâcles glaireuses et membraneuses coïncidant avec les crises douloureuses ne révélaient le siège réel de la maladie. »

« Je crois, ajoute Chauffard qu'il s'agit de localisation de la colite au niveau du coude droit du côlon. Il m'a même paru dans quelques cas de ce genre, que l'angle droit du côlon était en même temps prolabé. »

En ce qui concerne la colique hépatique la méprise sera d'autant plus aisée que des congestions du foie, accompagnées de subictère peuvent survenir de temps à autre au cours de l'entérite muco-membraneuse ; nous avons vu d'ailleurs que la lithiase biliaire pouvait chez certains malades alterner avec des poussées d'entérite (Lyon).

Parfois les envies fréquentes d'uriner, la dysurie, qui accompagnent les crises de colite peuvent faire croire à une colique néphritique.

Nous signalons ici la confusion possible avec la colique de plomb.

Chez un malade qu'il nous a été donné de voir dans le service de M. Duguet, le diagnostic était particulièrement difficile. Il s'agissait d'un peintre en bâtiments, saturnin avéré avec *liseré*, depuis longtemps atteint de colite muco-membraneuse, qui depuis près de huit jours ne rendait

(1) Chauffard, *Société médicale des hôpitaux*, 27 janvier 1897.

absolument rien par le fondement, avait des douleurs abdominales violentes avec vomissements.

S'agissait-il d'une de ces crises paroxystiques avec obstruction intestinale que nous avons signalées, ou bien au contraire, d'une simple colique saturnine? La débâcle qui vint terminer la crise permit seule de résoudre la question en faveur de l'origine colitique de la crise.

Nous venons de parler des crises d'obstruction intestinale ; un interrogatoire bien conduit, permettra le plus souvent de rapporter le phénomène à sa véritable cause.

Les crises dysentériformes de la colite peuvent simuler à s'y méprendre la dysenterie.

Ainsi dans quelques cas on ne trouve dans les selles qu'un petit nombre de filaments mélangés aux selles ou expulsés en même temps que les matières fécales, ou bien des débris informes assez semblables aux pellicules membraneuses que contiennent si fréquemment les selles dysentériques ; pour peu que les matières soient teintées de sang, que les évacuations alvines soient fréquentes et accompagnées d'épreintes, qu'il y ait enfin un mouvement fébrile assez prononcé, on pourra croire de prime abord à l'existence d'ulcérations dysentériques de l'intestin, et à l'élimination de la muqueuse intestinale mortifiée ; d'ailleurs, des conglomérats de mucus concret peuvent être rejetés au cours de la dysenterie ; mais, dans cette maladie, les lambeaux membraneux sont le plus souvent des fragments de muqueuse, dont le microscope permet de retrouver tous les éléments constitutifs ; de plus, on y trouve de la fibrine, des éléments du tissu conjonctif et des

fibres élastiques ; les doutes seront donc levés après l'examen histologique des produits excrétés (1).

Dans les crises à forme typhoïde les malades sont pris de petits frissons qui se répètent, des épistaxis surviennent, la fièvre atteint 38° 5 à 39° ; mais les rémissions matutinales sont plus prononcées que dans la fièvre typhoïde ; d'ailleurs il n'y a ni prostration, ni stupeur et la douleur s'étend sur tout le trajet du gros intestin ; la marche de la température, l'absence de taches rosées, etc., permettront de faire le diagnostic. D'autre part au bout de plusieurs jours d'atroces douleurs, survient une débâcle avec expulsion de scybales et de muco-membranes et une détente se produit immédiatement.

Mais le diagnostic devient épineux quand il s'agit de distinguer les crises pseudo-appendiculaires propres à la colite, de l'appendicite vraie.

Comme le dit Mathieu, il est des malades qui ont alternativement des crises d'appendicite et des crises aiguës de colite ; et cette coexistence rend fort grand l'embarras du médecin.

Certes s'il s'agissait de ces crises suraiguës d'appendicite avec phénomènes généraux intenses, l'erreur n'existerait pas ; mais nous le verrons, l'appendicite qui procède de la colite est une appendicite simple subaiguë, ne présentant guère de ces poussées intenses.

Seule, le plus souvent la localisation exacte de la douleur au niveau du point de Mac-Burney permettra d'avancer qu'il s'agit d'une appendicite vraie et celà surtout si la

(1) Lyon, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 500.

crise n'a point été précédée d'une longue période de constipation. De plus, dans l'appendicite, on constate de bonne heure un phénomène qui se rattache à la douleur et que nous ne trouvons que rarement dans la colite, c'est la contracture musculaire, la défense de la paroi. Dans l'entéro-colite, au contraire, le plus souvent la paroi est flasque et permet de palper profondément l'abdomen jusqu'à la colonne vertébrale.

Mais le seul moyen sûr de diagnostic (1), celui sur lequel Poncet insiste sera le toucher rectal combiné avec le palper abdominal. Lui seul pourra dévoiler l'inflammation de l'appendice ou la présence d'une collection purulente à son pourtour.

(1) Vorbe, thèse Lyon, 1898.

CHAPITRE X

Anatomie pathologique.

On ne meurt guère de colite muco-membraneuse. Aussi les autopsies sont rares et les données peu précises sur la nature intime des lésions de l'intestin propres à la colite.

Tandis que pour la plupart des auteurs il n'existe pas de lésions vraiment inflammatoires de la muqueuse, les troubles de la sécrétion intestinale constituant à eux seuls toute la maladie, pour quelques-uns, au contraire, il existe des lésions constantes, profondes et diffuses des tuniques de l'intestin (Lyon).

L'explication de la contradiction absolue de ces deux opinions nous semble facile.

On se souvient qu'à propos de la forme grave de la colite nous avons fait des réserves sur sa nature.

Nous avons dit, qu'étant donnée sa nature aiguë, l'intensité de ses symptômes, les troubles généraux profonds qui la caractérisent, nous inclinions à croire avec Baraduc qu'il s'agissait ici d'une colite inflammatoire vraie, d'une colite infectieuse que l'on devait distraire du cadre de la colite muco-membraneuse telle que nous la comprenions.

A cette forme spéciale de colite, pensons-nous, doivent correspondre ces lésions profondes, interstitielles, pouvant aller jusqu'à l'ulcération et la perforation dont parle Wan-

nebroucq et que décrit Fœrster. Ces lésions, Thiroloix nous a dit les avoir observées une fois.

Il s'agissait d'un malade depuis longtemps atteint de colite muco-membraneuse. Brusquement il avait été pris de douleurs aiguës bientôt suivies de ténesme, d'épreintes avec évacuations alvines continuelles ; deux jours après, à son entrée à l'hôpital le mal avait empiré à tel point qu'il présentait déjà l'habitus d'un cholérique.

La peau était sèche et ridée, le teint noirâtre ; le pouls misérable et presque incomptable. Il succomba deux jours après.

L'intestin fut examiné. Le duodénum, le jéjunum et l'iléon étaient absolument sains. Seul, le gros intestin était lésé. Ces lésions s'étendaient d'une façon continue de la valvule iléo-cæcale jusqu'à l'anus.

De la muqueuse il n'y avait plus trace.

L'altération portait, du reste, sur toutes les tuniques, qui étaient devenues absolument méconnaissables. D'après Wannebroucq ces lésions profondes feraient partie intégrante de la colite dans sa forme grave. La palpation du reste chez le vivant permettrait de trouver tout ou partie du gros intestin, transformé en une sorte de cylindre volumineux.

De telles lésions, on le voit, ne cadrent guère avec le tableau que nous avons donné de la colite muco-membraneuse et avec les caractères que nous lui avons attribués. Il s'agit donc ici d'une maladie absolument distincte, analogue à l'entérite décrite chez les enfants par Baginski sous le nom d'entérite folliculaire.

Dans la colite vraie les lésions sont tout autres. Le plus

souvent, tel est du moins l'avis général, le processus irritatif est purement superficiel ; c'est à peine si l'on observe une légère desquamation épithéliale.

On admet couramment que ces lésions portent presque exclusivement sur la muqueuse du gros intestin. Les données fournies par la palpation en font foi. Et pourtant certains auteurs se demandent si l'intestin grêle ne participe pas lui aussi à la lésion.

Le professeur Potain nous faisait remarquer que la chose pouvait fort bien exister sans que rien au point de vue symptomatique ne vînt la révéler, la mobilité de ce segment intestinal empêchant tout contrôle par la palpation.

Quoi qu'il en soit le siège principal des modifications pathologiques est le gros intestin. Le plus souvent la muqueuse est atteinte sur toute son étendue. Baraduc pourtant, se basant sur la localisation habituelle de la douleur spontanée ou provoquée, pense qu'il existe un siège d'élection au niveau du côlon transverse et en particulier aux angles.

Ces lésions, avons-nous dit, se traduisent par une simple irritation de la muqueuse avec desquamation.

Les glandes sont boursouflées et des bouchons de mucus pénètrent dans leur intérieur (Rothmann).

Au dire de Cornil et de Ranvier les ulcérations même superficielles sont fort rares.

Telles sont les modifications anatomiques qui relèvent directement de la colite muco-membraneuse et lui appartiennent en propre.

Il semble pourtant qu'à la longue ces inflammations

puissent déterminer un état de sclérose plus ou moins marquée des parois intestinales.

« Au cours des entérites chroniques, dit Laboulbène, on peut trouver la muqueuse et les tissus sous-jacents hypertrophiés. Du côlon au rectum est interposée, entre la tunique muqueuse et charnue, une couche blanche d'une demi-ligne à deux lignes d'épaisseur. »

Pour Wannebroucq ces lésions pourraient aller jusqu'à l'atrophie des tuniques, ou au contraire leur épaississement avec *induration* comme lardacée du tissu cellulaire. La muqueuse subirait un ramollissement partiel et pourrait s'ulcérer ; enfin le calibre du canal intestinal serait, dans certains cas, considérablement diminué mais irrégulièrement.

Étant données la nature de la colite muco-membraneuse et la superficialité de ses lésions cette sclérose doit être rare et doit probablement, quand elle existe, avoir pour cause une de ces infections secondaires si fréquemment signalées.

C'est aussi à ces infections secondaires, croyons-nous, qu'il faut rapporter l'existence de cette gangue, indice de réaction inflammatoire du péritoine, qui au dire de Potain se retrouve si fréquemment le long du côlon ascendant qu'elle fixe et entoure.

Examen des muco-membranes.

Il nous reste maintenant à rechercher la structure et la composition des muco-membranes. Or les nombreux exa-

mens histologiques faits jusqu'à ce jour ont démontré que ces muco-membranes, sous quelqu'aspect qu'elles se présentent, ont toutes la même constitution.

Il ne s'agit d'autre chose que d'exsudats de mucosités.

Les matières fécales à l'état normal renferment une petite quantité de mucus sécrété par les glandes de Lieberkühn, mais celui-ci est trop intimement mélangé aux matières pour être décelé par l'examen direct et par l'examen au microscope.

La présence de mucus est donc toujours l'indice d'un état pathologique; dans certains cas, cependant, sa constatation est de peu d'importance ; chez les individus constipés, à la suite d'un long séjour des scybales dans le rectum, on peut voir les matières fécales enrobées de mucus.

Le mucus à l'état pathologique tel qu'on le trouve dans le cours de la colite muco-membraneuse pourra se présenter sous les divers aspects suivants (Nothnagel) : 1° sous forme d'un enduit gris vitreux, comparable à du blanc d'œuf, ou bien trouble et blanc, qui enrobe les matières fécales solides ; 2° mélangé intimement aux matières fécales auxquelles il donne une consistance sirupeuse ; il ne peut être reconnu alors que par l'examen microscopique ; 3 sous forme de petits grains jaune foncé, de consistance gélatineuse, souvent très nombreux, qui farcissent les matières fécales et dont la nature exacte ne peut être définie qu'au microscope ; 4° sous forme de gros lambeaux d'aspect fibrineux formant de véritables tubes irréguliers ou de véritables fausses membranes, qui affectant diverses formes, fragments irréguliers, filaments cylindroïdes allongés, rubans plats, qui peuvent être rendus, soit avec les

matières fécales, soit à l'état isolé. Les fausses membranes, au dire de Mathieu, sont constituées par un stroma, des travées disposées par couches, emprisonnant des cellules et des leucocytes. On y trouve des parties digérables ; car si on les soumet à l'action de la pepsine il y a réduction et on retrouve de la peptone.

L'examen microscopique montre que le mucus est formé d'une substance homogène, granuleuse ou diversement striée ; cette striation s'accuse davantage quand on traite la préparation par l'acide acétique ; cette réaction la distingue de la fibrine.

Cette fibrine, MM. Perroud et Laboulbène l'ont en vain recherchée. La réaction triacide d'Ewald, en effet, démontre la présence de la mucine à l'exclusion de la fibrine. Seul M. Cornil a déclaré avoir retrouvé quelques filaments de fibrine dans les produits éliminés par un malade de M. Siredey.

Kitawaga a trouvé non pas de la fibrine mais de la globuline et pourtant Witehead (1) parle de lambeaux d'exsudats membraneux mêlés à du sang et à du pus contenant de l'albumine et beaucoup de fibrine. Ces membranes se rapporteraient donc à une véritable exsudation inflammatoire. Nous pensons qu'il doit s'agir encore ici non plus de colite muco-membraneuse mais de cette forme grave que nous différencions de la colite et dont nous avons parlé à maintes reprises.

Dans les cas où le mucus forme de grands lambeaux muco-membraneux, on voit outre la substance fondamen-

(1) Witehead, Mucous diseases. *British med. Journal*, février 1871.

tale, des cellules cylindriques dégénérées en quantité variable, de petites boulettes de matières fécales, des cristaux de sels minéraux, de la graisse et des restes d'aliments ; mais jamais on ne retrouve les traces de tissus fibreux ou élastiques, indices d'une altération profonde.

La substance fondamentale se présente sous trois types différents : 1° des masses lamelleuses dont la substance fondamentale devient trouble et striée sous l'influence de l'acide acétique ; 2° des amas lamelleux qui s'éclaircissent par l'acide acétique ; 3° des masses solides, rubanées et anastomosées, qui deviennent plus opaques et plus striées par l'action de l'acide acétique (Kitawaga).

L'examen clinique de ces masses montre qu'elles présentent les réactions du mucus : 1° elles se dissolvent presque complètement dans les alcalis délayés, surtout en les chauffant ; 2° le filtrat tout à fait transparent, traité par l'acide acétique, se trouble, ou forme un sédiment abondant. Jamais les membranes ne contiennent de fibrine, mais il existe souvent une albumine spéciale (Toufanet).

Au point de vue *bactériologique* les dépôts muco-membraneux examinés ont été trouvés riches en bacilles de toute sorte, au point de constituer de véritables masses ; toutefois c'est le coli-bacille qui domine. Nous devons ici signaler les recherches récentes de Thiercelin (1). Il a trouvé dans l'intestin de malades atteints de colite muco-membraneuse des diplocoques à grains arrondis ou lancéolés, quelquefois auréoles. De ce microbe qui pullule dans l'intestin malade et qu'il nomme entérocoque, Thiercelin n'hésite

(1) *Société de biologie*, 15 avril 1899.

pas à faire l'agent pathogène de la colite muco-membraneuse. Ce microbe, du reste, se retrouverait fréquemment dans le pus des appendicites et dans les appendicites non suppurées. Il y a loin, on le voit, du microbe de Finkelstein que nous décrirons plus loin. Nous avons insisté sur le rôle important que jouent ces colonies dans le développement de ces crises fébriles si fréquentes dans la colite et qui sont dues à n'en pas douter à des infections secondaires. Mais nous leur refusons formellement une action quelconque sur l'apparition de la maladie.

Nous ne pouvons donc admettre l'opinion de Finkelstein (1) qui décrit un microbe pathogène spécial. Ce microbe rencontré dans certaines entérites chroniques de l'enfance, se différencierait du coli-bacille par certaines réactions biochimiques (coagulation plus rapide du lait, aspect différent des cultures, etc.). Baginski objecte du reste, que le coli-bacille du côlon peut revêtir diverses formes suivant les milieux de culture.

Toutes les recherches touchant les caractères histologiques de la muco-membrane relèvent d'une technique un peu particulière.

Nous croyons bon de la donner ici.

Technique de l'examen des muco-membranes.

Divers procédés ont été proposés pour l'examen des fausses membranes ; nous ne signalerons que ceux qui pratiquement nous ont servi dans nos examens : disons

(1) Finkelstein, *Société de médecine interne de Berlin* (13 juillet 1896).

de suite qu'une distinction de premier ordre est à faire dans le choix de ces procédés : suivant qu'il s'agit de conserver ou de colorer pour l'étude ces fausses membranes.

En ce qui concerne la conservation des pièces, nous donnons la préférence avec notre maître le docteur Mathieu, à l'eau salée à 2 0/0 légèrement alcoolisée. Ce liquide conserve parfaitement aux pièces leur aspect blanchâtre si caractéristique.

L'examen microscopique se fera après ou sans inclusion. Pour inclure on se servira de celloïdine en solution sirupeuse, mais forcément, par suite de la nécessité de faire passer antérieurement les pièces par l'alcool celles-ci seront rétractées : conséquence inévitable de l'action de l'alcool sur la mucine.

Directement la pièce pourra être colorée par le picro-carmin ; la technique en est des plus simples : passage rapide à l'eau en sortant de la solution où nous l'avions conservée ; puis après avoir étalé un fragment sur une lame, on dessèche légèrement avec du buvard, on remplace l'eau par une goutte de glycérine picro-carminée. On laisse 24 heures à l'abri en évitant la dessiccation, on monte et borde enfin à la paraffine. La mucine est légèrement jaunâtre, et les *débris épithéliaux* sont colorés en rose par le carmin.

Mais le colorant par excellence est la thionine en solution aqueuse phéniquée ; cette coloration élective, teint en rose la mucine, tandis que les autres éléments et particulièrement les microbes sont colorés en violet foncé. La seule difficulté de ce procédé est le montage de la pièce ; car en passant celle-ci par les bains d'alcool et de xylol,

puis au baume elle se rétracte : mais on pourra toujours trouver par places des parties assez minces pour que l'examen extemporané soit possible ; nous disons extemporané, car la coloration disparaît vite ; nous savons en effet que la thionine se décolore rapidement, mais l'aspect que donne la coloration au début est si net, si typique que nous ne craignons pas d'affirmer que c'est la technique de choix.

Restent les calculs *intestinaux*.

La composition chimique de ce sable intestinal a été trouvée constamment la même au dire de Langenhagen : une matière organique fondamentale, mélangée à des sels de chaux en proportion variable, ordinairement des phosphates et des carbonates ; parfois aussi on y rencontre des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Dans le cas de Mongour, outre le sable intestinal, fut expulsé un calcul volumineux ; ce calcul présentait à son centre un noyau, formé de mucine et de débris épithéliaux, autour duquel étaient rangées concentriquement les couches calcaires.

CHAPITRE XI

Traitement.

De l'étude raisonnée de la colite muco-membraneuse, de la recherche systématique des lésions qui occasionnent des troubles si divers doit résulter une thérapeutique rationnelle et variée suivant les cas.

Le médecin doit avoir à la fois en vue de modifier le terrain, c'est-à-dire changer l'état général et de lutter contre les accidents de chaque instant. Soigner la diathèse, c'est prévoir l'avenir, mais il faut aussi s'occuper du présent et les malades se montrent aux différents stades d'évolution de la colite avec tel ou tel symptôme prédominant, qui réclame une intervention particulière.

Les différentes indications du traitement de la colite muco-membraneuse ont été d'ailleurs magistralement traitées dans une revue générale de Mathieu (1) dont nous nous inspirerons dans cet exposé.

Nous nous occuperons tout d'abord du traitement général. C'est à lui plus qu'à l'action locale, dit le professeur Potain, qu'il faut s'adresser pour obtenir une guérison définitive. Ce traitement général comprend : la lutte contre la diathèse et le régime alimentaire.

Une bonne partie des malades étant des neurasthéni-

(1) MATHIEU, Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 1894.

ques, on comprend combien une hydrothérapie convenablement appliquée ou des massages généraux peuvent être utiles. L'hydrothérapie sera prescrite dans l'intervalle seulement des crises paroxystiques. L'hydrothérapie froide pourra être employée dans les cas légers. Les douches en jets chaudes conviennent surtout lorsqu'il y a des phénomènes d'irritabilité nerveuse marqués, des douleurs disséminées. Les douches en tout cas ne seront pas données sur l'abdomen.

Chez les malades affaiblis, le massage des masses musculaires, la gymnastique suédoise pourront avoir une réelle utilité. Le massage local, bien fait, est susceptible de rendre les plus grands services. Il n'existe pour ainsi dire pas de contre-indication à son emploi, les cas de spasme eux-mêmes ne sauraient le faire rejeter. On doit alors procéder très doucement, très progressivement, de manière à vaincre par la persuasion pour ainsi dire la résistance des fibres contracturées, comme on détend par une friction prolongée un muscle strié en état de défense ; une fois qu'on y sera arrivé, on verra le relâchement succéder au spasme ; on pourra désormais procéder plus énergiquement quoique toujours avec une grande prudence et une grande régularité, et on aura la satisfaction dans bien des cas, si on est assez persévérant, de stimuler dans une notable mesure la contractilité intestinale et de réussir, souvent par ce seul moyen, à établir la régularité des selles.

Toutes les fois qu'on constatera chez un malade un certain degré d'entéroptose, il ne faudra pas omettre de lui faire porter une ceinture hypogastrique de Glénard, ou, à son défaut, une ceinture de flanelle assez serrée, et placée

de façon à relever le ventre et non à l'aplatir ; on ne saurait croire combien cette précaution soulage les malades.

Le traitement hydro-minéral est très important, c'est un auxiliaire puissant qu'on ne doit pas négliger ; combiné judicieusement au régime et aux évacuants, il donne fréquemment d'excellents résultats. Plombières et Chatelguyon viennent en première ligne parmi les stations à recommander.

Chatelguyon est surtout indiqué dans les formes torpides. Plombières convient plutôt lorsque les phénomènes spasmodiques sont très marqués et quand l'état nerveux général est particulièrement développé. Pour Bernard, Plombières agit surtout sur l'élément douleur et l'élément nerveux à titre sédatif. D'après le professeur Potain ce sont surtout les arthritiques atteints de colite muco-membraneuse qui se trouvent bien d'une cure à Plombières. M. Dreyfus-Brisac reconnaît aux eaux de Plombières une action décongestionnante et les recommande dans les cas où la note congestive abdominale est particulièrement prononcée.

Lorsque les symptômes gastriques ou hépatiques concomitants ont acquis une certaine intensité, Pougues. Royat, Néris, Vichy, Carlsbad peuvent aussi rendre des services.

La climatothérapie est particulièrement indiquée, lorsqu'il y a eu excès de travail intellectuel, influence vive ou répétée de chagrins, d'émotions pénibles.

Une hygiène bien comprise est pour agir sur l'état général le complément indispensable de toute médication sérieuse. On recommandera aux malades de garder le repos

et la position étendue après les repas ; dans la journée un exercice modéré sera souvent utile, la marche sagement réglée par exemple. La bicyclette peut être autorisée et même conseillée ; notre maître Lucas-Championnière dans une publication récente, n'a-t-il pas montré les avantages que peuvent retirer de l'usage de cet instrument les sujets prédisposés aux hernies en raison du relâchement de leur paroi abdominale? La marche à bicyclette donnerait de la tonicité à la sangle abdominale et aurait tendance à fermer les anneaux herniaires. Remédier à l'atonie des muscles abdominaux est une indication de premier ordre dans la colite muco-membraneuse, dès lors l'usage de la bicyclette nous paraît recommandable.

La question du régime alimentaire est ici primordiale. Éviter, dans la mesure possible, l'action irritante des aliments sur la muqueuse du gros intestin, est une indication commune à toutes les formes d'entérite muco-membraneuse. Le régime alimentaire à prescrire, a été exposé dans tous ses détails par Langenhagen.

Il faut supprimer les épices qui par leur contact produisent l'excitation du gros intestin. On doit également bannir de l'alimentation les mets susceptibles de laisser des résidus solides mécaniquement irritants ; il faut réduire au minimum les fermentations et les putréfactions intestinales. Le problème consiste à nourrir le malade de manière à rendre les matières excrémentielles le moins abondantes et le moins irritantes possible ; il faut chercher à donner une alimentation très riche sous un petit volume.

Le malade devra choisir ses aliments parmi les suivants : lait, laitages, potages au lait, bouillies ; œufs sous toutes

leurs formes ; viandes grillées ou rôties, blanches ou noires, coupées même ou hachées ; cervelles, ris de veau, poissons légers et à chair tendre, bouillis ou frits.

Les légumes, même les légumes verts, devront toujours être donnés en petite quantité ; ils seront toujours préparés sous forme de purées (purées de légumes secs ou purées de légumes verts), au jus ou au lait. On sera sobre également de fruits qui seront donnés de préférence cuits et on recommandera plutôt comme dessert, des crêmes.

Le vin et les alcools doivent être proscrits. G. Sée autorise cependant le vin de Bordeaux coupé d'eau de Pougues. En général ce qui convient le mieux, comme boisson, c'est l'eau pure, ou, pour quelques personnes, une bière légère coupée d'une eau alcaline faiblement minéralisée.

Le lait réussit différemment suivant les malades. Il faut savoir néanmoins, que dans un grand nombre de cas, il est mal supporté, surtout si on lui accorde une place trop exclusive dans l'alimentation ; mais associé dans une mesure modérée au régime précité, il rend souvent de grands services et il est rare qu'il faille le proscrire d'une façon complète. En tout cas, au moment des crises paroxystiques, le régime lacté constitue la seule ressource alimentaire et il procure souvent un soulagement très marqué.

L'hygiène alimentaire est certainement très importante, mais il ne faut pas oublier que des conseils trop pressants peuvent contribuer à développer l'hypochondrie chez des malades qui abusent déjà de l'auto-observation et qui sont très pusillanimes ou très superstitieux en fait d'alimentation.

Nous allons maintenant nous occuper des indications

spéciales fournies par chaque symptôme particulier de l'affection.

La constipation est un phénomène à peu près constant dans la séméiologie de la colite muco-membraneuse et c'est d'elle que vont découler tous les troubles ultérieurs ; il faut combattre par tous les moyens possibles l'encombrement intestinal.

La constipation est, nous le savons, tantôt d'origine atonique, tantôt d'origine spasmodique ; dans le premier cas le massage sur lequel nous nous sommes étendu plus haut sera d'une utilité incontestable. On utilisera les nombreux laxatifs ou purgatifs qu'offre la matière médicale afin d'obtenir des évacuations journalières, évacuations dont la nécessité est aujourd'hui universellement admise. Les purgatifs drastiques et salins sont mal supportés en général et on s'accorde à préconiser les purgatifs huileux. L'huile de ricin réussit souvent très bien chez les malades atteints d'entérite muco-membraneuse ; employée à petites doses réitérées tous les deux ou trois jours, ils la supportent pendant des mois. On peut la faire prendre en capsules ou mieux en nature, mélangée avec du café noir, du sirop de menthe, du cassis à la dose de une ou deux cuillerées à café, le matin au lever.

Bien d'autres laxatifs peuvent être utilisés ; il faut être éclectique et se laisser guider un peu par les malades eux-mêmes. Le meilleur laxatif est celui qui réussit, c'est-à-dire qui obtient l'effet désiré sans accidents et sans coliques, et il ne faut avoir aucun parti pris. On pourra se servir fréquemment du cascara sagrada, isolé ou associé à la rhubarbe et à la magnésie, ou bien du podophyllin et

de la belladone. Certains malades, peu constipés, peuvent se contenter de substances moins actives, telles que le soufre combiné au miel ou à la magnésie, la poudre de réglisse composée, le mélange de crême de tartre, soufre, magnésie, etc.

On a vanté aussi des préparations mercurielles. « On trouvera avantage à administrer le mercure comme laxatif, soit sous forme des pilules bleues, de calomel, ainsi que le recommandait Blondeau, soit sous forme de solution de bichlorure de mercure, ainsi que le voulait Guéneau de Mussy, on en donnera alors deux fois par jour 2 ou 3 gouttes d'une solution au centième » (Potain).

On pourra se servir également des suppositoires, des cônes médicamenteux à la glycérine.

Les lavements de toute sorte : lavements à l'eau bouillie tiède, à l'eau glycérinée,lavements huileux, suffiront chez quelques personnes à obtenir une selle quotidienne. Les lavements ordinaires répétés, en émoussant la sensibilité de la muqueuse rectale et en supprimant à la longue le besoin de la défécation, exagèrent l'atonie intestinale au lieu de la faire cesser. C'est là un inconvénient ; les grands lavements huileux non limités au rectum échappent à cet inconvénient. Pour Fleiner le grand lavement d'huile tiède serait par excellence le remède que l'on devrait employer dans les cas de constipation spasmodique. On emploiera soit de l'huile d'olive de bonne qualité, soit de l'huile d'amandes douces chauffée à la température du corps. On se servira de préférence pour injecter l'huile, d'un bock à injection muni d'un tuyau en caoutchouc ; on y adaptera une longue canule en caoutchouc rouge ou une sonde œsopha-

gienne de même substance ; elle sera profondément enfoncée dans l'anus ; elle devra pénétrer de 15 à 20 centimètres ; il n'y a aucun danger en se servant d'une canule demi-souple bien lisse, en caoutchouc rouge.

Le malade s'inclinera d'abord à gauche pour faire pénétrer l'huile dans l'S iliaque, puis à droite pour favoriser son passage dans le cæcum.

Dans les cas d'obstruction intestinale il faudra songer au lavement électrique, et c'est précisément dans les cas d'occlusion de ce genre que l'électricité agit. Il y a des cas nombreux où l'on est intervenu chirurgicalement dans ces circonstances ; mais il est rationnel, chez les malades atteints de colite muco-membraneuse avec accidents d'obstruction, d'essayer le lavement électrique avant de recourir à la laparotomie pour rétablir le libre cours des matières.

Les spasmes et les crises douloureuses, nous l'avons vu, ne sont pas rares au cours de la colite muco-membraneuse. Bien souvent le médecin appelé au cours de ces crises est tenté de faire une piqûre de morphine ou de prescrire des opiacés qui auront facilement raison de la douleur ; mais ceux-ci ont l'inconvénient de constiper, ils ne devront être administrés qu'avec réserve et seulement au cours des grandes crises. Hormis ces cas, l'élément douleur sera combattu par d'autres procédés. L'un des meilleurs moyens, et des plus simples en même temps, est l'application sur le ventre de compresses chaudes, c'est-à-dire recouvertes de taffetas gommé et de flanelle, pendant plusieurs heures ou toute la nuit ; ce procédé apporte en général un grand soulagement aux malades. On emploiera avec avantage les dérivatifs cutanés; on pourra, comme l'indique le pro-

fesseur Potain, appliquer de petits vésicatoires tout le long de la paroi abdominale sur le trajet du côlon. Dans le même ordre d'idées, les badigeonnages iodés, le coton iodé, les sinapismes rendront des services. On a recommandé les frictions ou les onctions sur les régions douloureuses avec la pommade mercurielle belladonée. La teinture de belladone a l'avantage de combattre la douleur et d'être en même temps laxative. La jusquiame comme la belladone, n'a pas l'inconvénient de constiper, son action sédative se trouve donc tout particulièrement recommandable. Les petits lavements d'eau chaude ou d'huile également chaude sont aussi de bons calmants de la douleur.

Mathieu recommande à l'intérieur les préparations suivantes :

Menthol	20 centigrammes.
Alcool	q. s. pour dissoudre.
Sirop simple.	25 grammes.
Eau	100 —

Ou encore :

Extrait gras de cannabis.	
Indica	3 centigrammes.
Julep gommeux . . .	125 grammes.

A prendre en trois ou quatre fois dans le courant de la journée.

Les accidents de dyspepsie gastrique concomitante, pyrosis, crampes, flatulences, etc., réclament aussi l'attention du médecin. Il faudra prescrire les alcalins à haute dose ou à dose réfractée en cas d'hyperchlorhydrie notable ; les préparations à l'acide chlorhydrique quand, au

contraire, l'hypochlorhydrie et les fermentations secondaires dominent.

Quand l'affection arrive à un stade plus avancé, quand apparaissent les accidents dus à l'auto-intoxication colitique: accès de fièvre, phénomènes généraux multiples étudiés au cours de cette étude, il faut à tout prix réaliser dans la mesure du possible l'antisepsie intestinale ou du moins atténuer les fermentations. Deux voies sont ouvertes : la voie stomacale et la voie rectale.

Les divers antiseptiques ingérés par la bouche n'ont donné dans la colite muco-membraneuse que des résultats douteux: tels sont, le naphtol, le benzo-naphtol, le salicylate de bismuth, l'acide salicylique préconisés tour à tour.

Le meilleur moyen d'obtenir l'antisepsie du tube digestif est d'assurer l'expulsion des matières qui y fermentent. « A l'heure actuelle, dit Mathieu, il semble que l'antisepsie par la voie stomacale, lorsqu'il s'agit du gros intestin, doive céder la place à l'antisepsie par la voie rectale, qu'une technique mieux comprise permet de réaliser facilement ».

Cantani dans des communications successives a attiré l'attention sur l'avantage des lavages antiseptiques de l'intestin. Les recherches entreprises par Lesage (1), Dauriac (2) et A. de Genersich (3) ont démontré la possibilité de faire passer des liquides à travers la valvule iléo-cæcale du gros intestin grêle et même dans l'estomac. M. H. Augerant (4) dans une thèse très étudiée et très documentée

(1) Lesage et Dauriac, *Gazette des hôpitaux*, 17 octobre 1893

(2) Dauriac, *Progrès médical*, 30 septembre 1893.

(3) A. de Genersich, *Progrès médical*, 23 septembre 1893.

(4) Augerant, *Les grands lavages de l'intestin, étude critique, historique et expérimentale*. Thèse de Paris, 1894.

expose avec soin toute cette question du lavage de l'intestin.

Dans l'entéroclyse du gros intestin ce qu'il faut éviter, c'est l'emploi d'une pression trop forte qui détermine une coudure du tube digestif et fait que les gaz mettent obstacle à la pénétration du liquide. Pour que l'entéroclyse du gros intestin soit faite convenablement, il faut employer la technique suivante : On introduit profondément dans le rectum une sonde œsophagienne de Deboves ou tout simplement la longue canule d'un irrigateur-bock. L'irrigateur, d'une capacité de 2 litres, est soulevé à 0 m. 30 ou 0 m. 40 au-dessus du plan du lit, de manière que la pression soit modérée et que le liquide pénètre doucement, lentement. On se servira d'eau bouillie qu'on portera à une température maximum de 40 degrés. On pourrait ajouter à l'eau employée de 2 à 3 pour 1000 de biborate de soude. Il serait intéressant de rechercher si l'adjonction de substances antiseptiques n'aurait pas une action utile.

Les douches ascendantes qui se font avec une pression plus forte ne pénètrent que dans une étendue restreinte du gros intestin ; elles conviennent mieux, comme moyen d'excitation, dans les cas d'atonie colitique, mais elles ont dans l'immense majorité des cas moins d'action sur la colite muco-membraneuse que l'entéroclyse à faible pression.

Dans les formes chroniques graves où les phénomènes d'auto-intoxication sont portés au minimum d'acuité on est conduit à chercher à modifier directement la muqueuse en employant des procédés analogues à ceux qui sont communément usités dans le traitement de la dysen-

terie. On a fait des injections de solutions de substances destinées à amener une irritation substitutive ; on a employé les lavements iodés avec 10 grammes de teinture d'iode pour un litre d'eau (Dujardin-Beaumetz).

Récemment, Charrin dans une communication sur les formes graves de l'entérite muco-membraneuse a vanté les bons effets des lavements au nitrate d'argent. On commencera par des solutions faibles, 20 centigrammes pour un litre et on élèvera progressivement le taux de la solution de façon à administrer un gramme de nitrate d'argent par litre d'eau. La quantité du liquide injecté sera graduée de manière à atteindre successivement des parties d'intestin de plus en plus éloignées de l'anus.

Revilliod (1) de Genève dit avoir obtenu de bons résultats du lavement suivant :

Mucilage de pépins de coing.	500 grammes
Sous-nitrate de bismuth . . .	âà 10 —
Salicylate de bismuth . . .	

Le lavement au bismuth sera renouvelé au besoin plusieurs fois à quelques jours d'intervalle.

(1) Revilliod, *Revue médicale de la Suisse rom.* et *Bulletin médical*, 29 janvier 1893.

CONCLUSIONS

La colite muco-membraneuse est avant tout une affection diathésique et constitutionnelle. Elle n'est autre chose que l'un des attributs du neuro-arthritisme au même titre que la lithiase biliaire, la goutte, la gravelle, la migraine, l'asthme, etc.

On ne peut donc lui assigner une origine infectieuse. Par contre on ne nous semble pas jusqu'à ce jour avoir reconnu le rôle important joué par les affections secondaires et les auto intoxications dans l'évolution de la maladie.

Elle n'a point de caractéristique anatomique bien nette ; c'est à peine si l'on observe une irritation superficielle de la muqueuse du gros intestin accompagnée d'une légère desquamation épithéliale.

Trois signes fondamentaux constituent sa symptomatologie essentielle ; atonie, constipation, douleurs.

L'atonie intestinale est le phénomène primordial d'où dérive la constipation. Celle-ci à son tour détermine l'irritation superficielle de la muqueuse se traduisant par des douleurs, des spasmes et de l'hypersécrétion de mucus.

Suivant que ce mucus aura séjourné plus ou moins dans l'intestin, il sera rejeté dans les selles sous forme de glaires ou de muco-membranes.

La constipation, par sa persistance pourra déterminer les crises paroxystiques, parfois même une véritable obstruction passagère. Quant aux crises aiguës, fébriles, qu'a

signalées Mathieu, elles relèvent des infections secondaires et des auto-intoxications que favorise dans l'intestin la stase prolongée des matières.

Infections secondaires et auto-intoxications jouent aussi, croyons-nous, un rôle prépondérant dans l'apparition de ces symptômes accessoires si variés qui jusqu'ici étaient mis sur le compte de réflexes abdominanx.

La forme dite continue grave, rattachée jusqu'ici à la colite muco-membraneuse doit en être distraite ; elle constitue une entité morbide distincte, probablement d'origine infectieuse.

C'est à elle que doivent être attribuées les lésions profondes interstitielles que l'on a retrouvées parfois sur toute l'étendue du gros intestin. Comme nature elle se rapproche semble-t-il de l'entérite folliculaire décrite chez les enfants par Baginski.

Les lésions utéro-ovariennes se retrouvent fréquemment chez les malades atteints de colite muco-membraneuse.

Elles peuvent par infection propagée contribuer à l'irritation de l'intestin ; elles peuvent agir encore par compression, mais la chose nous paraît rare.

Les modifications profondes qu'elles déterminent sur le système nerveux général sont autrement importantes.

Mais leur principale action consiste dans les troubles circulatoires qui en dérivent. Elles provoquent en effet des congestions intenses qui retentissent sur toute la sphère abdominale, donnant lieu à ces crises paroxystiques que nous avons signalées si souvent au cours de la colite. En aucun cas cependant croyons-nous les lésions utéro-ovariennes ne peuvent être la cause originelle de la maladie.

La colite fréquemment s'accompagne de troubles hépatiques. Ils sont de diverses sortes : les uns relèvent de la diathèse neuro-arthritique du sujet; d'autres trouvent leur explication dans les réflexes partis de l'intestin.

D'autres enfin peuvent être causés par les infections secondaires qui, parties de la muqueuse intestinale au niveau du coude droit du côlon, gagnent par propagation les voies biliaires. Comme les lésions utéro-ovariennes on ne peut en aucun cas les placer à l'origine de la colite.

Quant à l'appendicite elle survient assez fréquemment au cours de la colite dans des proportions suffisantes, nous semble-t-il, pour admettre entre ces deux maladies un rapport de cause à effet.

Les appendicites au cours de la colite sont des appendicites simples à évolution chronique sans crises suraiguës.

Dans ces cas l'appendice est le plus souvent perméable,

La colite nous semble pouvoir provoquer l'appendicite de deux façons différentes :

1° Par propagation à la muqueuse appendiculaire, d'une inflammation intestinale due à des infections secondaires ;

2° Par pénétration d'une scybale ou d'un calcul intestinal dans l'appendice.

L'intervention thérapeutique doit savoir tenir compte des éléments divers qui entrent en jeu au cours de la colite muco-membraneuse.

Cette intervention devra donc être différente suivant les agents qu'elle aura à combattre et les troubles morbides qu'elle aura à calmer.

BIBLIOGRAPHIE

Ackerlund. — Studien über Enteritis membranacea. *Archiv. f. Verdauungskrankh.*, I, 4, p. 396.

Beurnier. — *Journal de médecine*, Paris, 27 novembre 1898.

Butler. — Membranous enteritis ; its pathological character and treatement. *New-York. med. Journ.*, 28 décembre 1895, p. 824.

Boyd. — A case of croupons enteritis. *Transact. of the Acad. of med. in Freland*, 1885, p. 308.

Benigni. — Caso di entero-colite muco-membranosa secondo il concetto di Mendelson. *Gaz. degli Osped.*, 18 juillet 1897, p. 900.

Brandt. — *New-York med. Record*, 1882.

Boardmann. — *Boston med. and. Surg. Journ.*, 1884, p. 376-384.

Carron de la Carrière. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse chez les enfants. *Journal de médecine de Paris*, 20 novembre 1898.

Comby. — *Société hôpit.*, 12 mars 1897.

Czerny et Feuger. — Post-appendicite. *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 320.

Cruveilhier. — *Anat. pathol. générale*, t. IV.

Clemens. — Uber den Darmkrup der Kinder. *Journal f. Kinderkr. Erlangen*, 1860, XXXIV, p. 30.

Calmels. — *La colite chez les enfants*. Thèse de Paris, 1897.

Cohen. — Two cases of membranous enteritis. *Med. news,* 11 février 1893, p. 156.

Cornil. — *Communication à l'Académie de médecine*, 7 août 1888.

Chaillé. — *Union médicale*, 1868, t. I, p. 909, 26 octobre 1898.

Doë. — A case of pseudo-membranous enteritis. *Boston med. and. Surg. Journ.*, 14 mai 1885, p. 469.

Edwards. — *Boston med. and Surg. Journ.*, 1884, membranous enteritis, *Amer. Journ. of. the med. Scienc.*, avril 1888, p. 329.

Fuikelstein. — Zur Etiologie der follikularem, Dornentzundungen, in *Deutsch. med. Woch.*, n°s 38 et 39, septembre 1896.

Fernel. — *Pathol.*, lib. VI, cap. IX, p. 157, 1838.

Gendrin. — *Traité philosophique de médecine pratique*, 1841, t. III, p. 25.

Grisolle. — *Pathol. interne*, t. II.

Graves. — *Clinique médicale*, 2e édit., t. III.

Gourdon. — *Sur l'entérite pseudo-membraneuse simple.* Thèse de Paris, 1875.

Goss. — A membrane like affection of the bowels. *Boston med. and Surg. Journ.*, 2 juin 1881, p. 507.

Galliard. — *Société des hôpitaux*, 5 mars 1897.

Henoch. — Unger.

Guyot. — *Société médicale des hôpitaux*, 28 février 1868.

Hayn. — *Hufeland's Journal*, 1843, t. II, p. 87.

Izoard. — *Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse.* Thèse de Paris, 1883.

Julié. — Appendicite dans le cours d'une colite muco-membraneuse ; laparotomie, issue spontanée de l'appendice. *Archives de médecine militaire*, mars 1898.

Kitawaga. — Beitrage zur Kenntniss der Enteritis membranacea. *Zeitsch. f. klin. Med.*, XVIII, p. 9.

Kilbourne. — Final history of a case of (so-called) membranous enteritis. *Med. Record*, 28 mars 1896, p. 459.

— *Med. Record*, 1888, pp. 199 et 664.

Litten. — Præparate von Enteritis (colitis) membranacea. *Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juillet 1888, p. 592.

Laboulbène. — *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, Paris, 1861.

Lereboullet.— Contribution à l'étude de quelques accidents dus à la constipation. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 et 13 août 1875.

Letcheff. — *De la colite muco-membraneuse chez les utérines.* Thèse de Paris, 1895.

Lancereaux. — *Traité de l'herpétisme*, 1883, p. 137.

Monod. — De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie. *Annales de Polyclinique de Bordeaux*, mai 1893.

A. Mathieu. — *Thérapeutique des maladies de l'intestin.* Paris, 1895.

— Traitement de l'entérite muco-membraneuse. *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1894.

— Entérite muco-membraneuse in *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, t. III, p. 442.

Mercier. — *Colite chronique.* Thèse de Paris, 1888.

Mendelson. — Mucous colitis, a functional disease. *Med. Record*, 30 janvier 1897, p. 145.

Morau. — Communications entre les lymphatiques génitaux de la femme et ceux du rectum. *Sem. méd.*, 1894, p. 568.

Mayer. — *Pathogénie de l'appendicite à répétition.* Thèse Lausanne.

Nonat. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 20e édit., Paris, 1894.

Ozenne. — De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines. *Journal de médecine de Paris*, 31 décembre 1893.

Pilliet. — L'appendicite folliculaire oblitérante. *Société de biologie*, 15 janvier 1898.

Potain. — De la colite chronique. *Semaine médicale*, 1887, p. 341.

— Traitement de la colite chez l'enfant. *Journal de médecine de Paris*, 1898.

— Matière mucoso-gélatineuse expulsée par l'intestin pendant la défécation. *Bull. de la Société anatomique*, 1857, p. 163.

Robin. — *Bull. Acad. méd.*, 13 avril 1897.

Reynier. — *Presse médicale*, 3 novembre 1898.

Recoud. — Colite muco-membraneuse. *Journal de médecine*, 30 octobre 1898, 13 novembre.

Rothmann. — Uber Enteritis membranacea. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 4 décembre 1893, p. 1201 ; *Revue de Pathologie interne*, 20 avril 1899. Pseudo-appendicite.

Roche et Sanson. — *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 3e édit., 1833, t. I, p. 557.

Siredey. — Concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. *Bull. et mém de la Soc. méd. des hôpitaux*, 11 décembre 1868, p. 66.

G. Sée. — *Des dyspepsies gastro-intestinales*. Paris, 1881 et 1883, p. 223.

— Communication à l'Académie de médecine, 1881.

— De l'entérite muco-membraneuse et de son traitement. *Bulletin médical*, 1893, p. 1167.

Soupault. — Article « Entérite muco-membraneuse » in *Manuel de Médecine* de Debove et Achard, t. V, p. 511.

Tonné. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1844.

Thévenot. — *Union médicale*, 1883.

Venturini. — *Bulletin des Sciences médicales de Bologne*, 1850.

Vanni. — *Arch. ital. di clin. med.*, XXVII-4, p. 733.

Van Swieten. — *Diarrhea fibrilis*, t. II, p. 271.

Van Valzah. — *Amer. Journ. of med. Sciences*, 1875.

Wannebroucq. — De l'entérite interstitielle (entérite pseudo-membraneuse) et particulièrement du siège et de la nature de cette affection. *Association pour l'avancement des Sciences*, Lille, 1874, p. 994.

Williams.— Chronic inflammation of the intestinal mucous membrane. *Dublin. Journ. of med. Scienc.*, novembre 1864, p. 454.

Winslow. — A case of membranous colitis. *Maryland med. Journ.*, XV, p. 361.

Witehead. — Mucous diseases. *Brit. med. Journ.*, février 1871.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier.